

Educación médica y salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Educación médica y salud es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de
Educación médica y salud las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES
(ESCUELAS) DE MEDICINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA
ASOCIACION DE ESCUELAS DE SALUD PUBLICA
DE AMERICA LATINA

El precio de la suscripción anual es EUA\$2.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; *Salud Panamericana*, revista trimestral ilustrada (español e

inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales*, *Publicaciones Científicas* y *Otras Publicaciones*).

Educación médica y salud

Volumen 9, Número 4
1975

Artículos

- 347 Investigación social aplicada al campo de la salud—*Hugo Mercer*
- 355 Considerações sobre a natureza e dinâmica da prática médica—*Domingos da S. Gandra, Jr.*
- 365 Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud—Nueva metodología para adiestramiento de comadronas, promotoras de salud y auxiliares de enfermería—*Yolanda Arango de Bedoya y Cefora Escallón Estupiñán*
- 382 Comunicación y trabajo de equipo en un hospital moderno—*Luis Weistein*
- 391 Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Introducción a la Enfermería

Reseñas

- 411 Maestría en Medicina Social en México
- 415 Enseñanza de las ciencias sociales en escuelas y facultades de medicina de México

Noticias

- 424 XXIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud
- 433 Enfermería en salud comunitaria
- 434 Información oficiosa del Colegio Internacional de Cirujanos

Libros

- 437 Publicaciones de la OPS y de la OMS
- 441 Índice del Volumen 9 (1975)

*Las opiniones expresadas en los artículos
y reseñas firmados que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores.*

Investigación social aplicada al campo de la salud

DR. HUGO MERCER¹

PROPOSITO

En este trabajo se realiza un análisis general de las concepciones teóricas que más han gravitado en las relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. Al pasar revista a dichas concepciones surge como un eje diferenciador entre ellas la forma en que cada una consideraba a la salud dentro de la estructura social, vale decir, qué tipo de nexo establecían entre ambas, lo cual conduce a destacar los aspectos ideológicos y políticos de cada enfoque teórico.

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

La participación de las ciencias sociales en la solución de problemas existentes en el campo de la salud estuvo incluida en diferentes marcos teóricos, y eso hizo también que dicha participación alcanzara resultados desiguales en correspondencia a la calidad explicativa del marco teórico correspondiente.

Al analizar históricamente las relaciones entre las ciencias sociales y la medicina, en particular, es posible destacar tres tipos de integración: las ciencias sociales como estudio de la cultura, la sociología médica, y la medicina como ciencia social.

Las ciencias sociales como estudio de la cultura

Hasta la década de 1950, el enfoque dominante estuvo representado por los aportes antropológicos y sociológicos de tipo culturalista. Es el momento en que los países centrales encuentran importante estudiar comparativamente los valores, actitudes y patrones culturales de las sociedades occidentales con los de los países subdesarrollados.

¹Profesor de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

En el plano de la salud pública los problemas que enfrentaba la difusión de medidas de prevención y control de enfermedades epidémicas eran atribuidos, en especial, a factores culturales y al apego a los valores tradicionales. Las ciencias sociales, ante la necesidad de contribuir a la solución de dichos problemas, lo hacen a través de la aplicación mecánica en los países de América Latina, Asia y África de tipologías tales como el continuo folklore urbano o la dualidad entre sociedades sacras y seculares (1). Ambos marcos teóricos coinciden en visualizar a la sociedad como una bipolaridad; en un extremo: atraso, producción agrícola, tradicionalismo, relaciones sociales estrechas; en el extremo opuesto: la sociedad moderna, despersonalizada, industrial y de masas.

Producto de tal marco teórico son las investigaciones destinadas a conocer por qué ciertas poblaciones o pequeñas comunidades rechazan adoptar pautas de conducta denominadas modernas (hervir el agua, consultar al médico, recibir atención obstétrica, etc.). Dichas investigaciones, al ser analizadas ya con cierta perspectiva histórica, se destacan por no haber podido aportar soluciones completamente efectivas a los problemas estudiados. Las fallas no eran solo de la metodología utilizada—estudio descriptivo de comunidades aisladas—sino fundamentalmente de un esquema que no explicaba la relación entre los factores socioeconómicos y los problemas de salud, y proponía, en cambio, una respuesta en términos de adhesión a los valores tradicionales o primitivos.

Los críticos del enfoque precedente hicieron especial hincapié en sus implicaciones colonialistas, dado que el polo presentado como “avanzado” coincidía con la imagen del país metrópoli.

En lo que se refiere al aporte de las ciencias sociales en el plano educativo, se establecía como una contribución cultural, o sea que en la formación de recursos humanos para la salud las ciencias sociales constituían un complemento de cultura general, incrementando una separación entre medicina-ciencia y ciencias sociales-cultura.

La sociología médica

Este segundo tipo de relación entre las ciencias sociales y la salud se caracteriza, entre otros aspectos, por ser el más difundido debido a la proliferación de investigaciones que, utilizando como apoyo teórico al funcionalismo, encontraron en la salud otro campo de aplicación. Así, la sociología médica aparece paralelamente a otras sociologías y antropologías aplicadas (economía, política, religión, etc.) como

disciplinas destinadas a estudiar áreas específicas e interdependientes de la estructura social. Dentro del marco teórico funcionalista, la sociedad era un conjunto interrelacionado de dimensiones (política, religión, salud, etc.), y sus productos respectivos eran funciones necesarias para mantener la estabilidad de la estructura social.

El avance de la metodología de la investigación permitió, sin duda, un mayor desarrollo de este enfoque al estudiar grupos de poblaciones mediante refinados instrumentos estadísticos. Ambos aspectos—el teórico en lo que hace a la relación de interdependencia entre salud y estructura social, y el metodológico al ser aplicado a los problemas de salud—sirvieron para la realización de estudios que informaban sobre el funcionamiento de las instituciones médicas (principalmente hospitales), creencias y actitudes de la población en cuanto a diferentes enfermedades, utilización de recursos asistenciales, etc. Todas esas investigaciones, si bien aportaban valiosa información circunstancial, no explicaban los problemas de salud en términos de proceso dinámico, o sea haciendo referencia a las variaciones históricas de los mismos.

De esa manera los objetivos del equipo médico o las definiciones de salud quedaban como ideales positivos permanentes ajenos a las influencias o necesidades del contexto socioeconómico circundante. Para ese tipo de visión de los problemas de salud resulta conveniente la definición de salud en términos de “normalidad” posible de ser cuantificada a través de indicadores. El sentido que guarda un concepto de “promedio” está vinculado al origen mismo de la idea de lo normal. Según Canguilhem, dicho concepto comenzó a ser utilizado en el siglo XIX, de acuerdo con necesidades expresas del sistema social:

La reforma de la medicina como teoría descansa sobre la reforma de la medicina como práctica: se halla estrechamente ligada . . . a la reforma hospitalaria. Tanto esta como la reforma pedagógica expresan una exigencia de racionalización que aparece en política, así como en economía, bajo los efectos del maquinismo industrial naciente, y que termina en lo que luego se denominó “normalización” (2).

La medicina como ciencia social

Analicemos algunas características de la tercera forma de integración, la cual, a pesar de tener antecedentes ya remotos, aún no se ha desarrollado al nivel de los otros dos tipos.

Los cambios operados en la organización de las sociedades, y fundamentalmente a nivel de su sistema productivo, han originado transformaciones paralelas en los problemas de salud, las cuales se han

dado tanto en el plano puramente biológico como en el social. Esto llevó a la creciente búsqueda de explicaciones que excedieron las supuestas fronteras entre lo "médico" y lo "social".

Al igual que ocurre en muchos otros aspectos de las ciencias sociales, un enfoque como el precedente no constituye una innovación. Ya desde el siglo pasado se viene desarrollando el concepto de la medicina como ciencia social. George Rosen (3), un historiador de la medicina, señala que la idea tuvo su inicio en el movimiento de reforma de la medicina que se desarrolló en Alemania durante la revolución de 1848. Virchow y Neumann, que lo dirigían, sostenían que "la ciencia médica es esencialmente una ciencia social y hasta que esto no se reconozca en la práctica no se habrán obtenido todos sus beneficios". Sus opiniones eran, sobre todo, producto de una concepción de la salud como problema social, de acuerdo con la cual la sociedad tiene la obligación de actuar para proteger y asegurar la salud de sus miembros. Asimismo, destacaban que las condiciones sociales y económicas repercuten de manera importante en la salud y la enfermedad, y que dicha relación entre esos factores debe investigarse científicamente. Además, señalaban que la sociedad (Estado) debe actuar sobre los problemas de salud, y como estos están relacionados con la situación económico-social, las acciones deberán ser tanto médicas como sociales.

Tales planteamientos supusieron, en su momento, asumir una actitud francamente comprometedora, ya que en plena vigencia del Estado liberal pedían intervención estatal en sectores considerados de responsabilidad individual y privada, contraponiéndose a la doctrina dominante del *laissez faire*. Más específicamente, consideraban un deber del Estado velar por la salud del trabajador, entendiendo a la medicina social como una medicina "en relación al trabajo". El problema de salud del obrero fabril, del minero, del trabajo infantil, las condiciones ambientales, y la prevención de accidentes constituían los campos de acción propuestos para la naciente medicina preventiva.

Sin embargo, el fracaso del intento de reforma alemana de 1848 y la hegemonía de que gozaba en ese entonces el *laissez faire*, llevaron a un olvido temporal de las posiciones sustentadas por Virchow y Neumann.

El *laissez faire*, al sostener en sus fundamentos doctrinarios la existencia de un "atomismo social" y una armonía predeterminada entre el hombre y la naturaleza que se manifiesta a través de leyes económicas inexorables, llevaba a una necesidad de sometimiento a la supuesta dinámica de la sociedad; quizás por eso no tuvieron eco suficiente las ideas reformistas generadas en el propio campo médico. Sin embargo, tal doctrina encontró con el tiempo nuevas formulaciones,

las cuales coincidían en lo más importante: el mantenimiento del *statu quo* o del logrado equilibrio social.

La tradición teórica del funcionalismo se enlaza coherentemente con dicho planteo al determinar una serie de funciones técnicas (salud, educación, economía, religión, etc.) que se estima son necesarias para la estabilidad de la estructura social. Otra de las características fue el énfasis dado al consenso de valores o acuerdo ideológico existente en torno a cuestiones básicas. Obviamente se visualizaba también a este acuerdo como uno de los requisitos para mantener el equilibrio social, generando así una dependencia moral de la sociedad en el mantenimiento de dicho consenso.

Es precisamente a partir del abandono paulatino de la visión inicial de Virchow y Neumann sobre los problemas de salud como “problemas sociales integrales”, y la adopción del concepto de sistemas como apoyo teórico que el funcionalismo ha venido desarrollando gran parte de las investigaciones sociales en el campo de la salud, tal como mencionamos al referirnos a la sociología médica.

ALGUNOS INTENTOS EN BUSCA DE UNA ALTERNATIVA

Sin duda la búsqueda de una alternativa a la tradición funcionalista implica una redefinición de los objetivos, selección de problemas, y metodología de la investigación. A continuación se revisan algunos intentos desarrollados en tal sentido.

Tomando como punto de partida la relación entre la estructura social y la medicina, Laura Conti hace una revisión de la actividad médica, considerándola como expresión de la sociedad, de las relaciones instauradas entre los hombres y, sobre todo, del desarrollo histórico de tales relaciones (4). Producto de tal planteo es una definición de salud y de la actividad médica con historicidad propia, y para construirla rebate algunos de los conceptos dominantes, que consideran a la salud como un bien inmodificable históricamente, y a la actividad médica como una conquista progresiva de instrumentos para lograr el “bien absoluto” de la salud. Propone, en cambio, una definición que vincule los estados de “salud y enfermedad” como la ubicación del individuo en relación con los demás individuos y en competencia con ellos, entendiendo que la competencia se produce en distintos niveles: la duración de la vida, la capacidad laboral, la aptitud para reproducirse, etc.

Laura Conti formula, entonces, una definición que abarca las características fundamentales de nuestra sociedad actual y que explica

al mismo tiempo los problemas de salud de acuerdo con la actividad esencial del hombre: la transformación de la naturaleza y, más específicamente, la producción. Para ello señala como objetivos de la presente sociedad la competencia y la productividad. Siendo la actividad médica congruente con dichos objetivos su función está entonces concentrada en mantener el nivel de productividad y competencia requerido por el grado de desarrollo del sistema de producción.

Dicha autora señala también un postulado fundamental: la instrumentalización de los conocimientos médico-biológicos al servicio de la competencia característica de las actuales relaciones sociales, a través de una serie de observaciones, tales como los desequilibrios entre la medicina curativa y la preventiva, el rápido desarrollo de la seguridad social, la medicina legal, etc.

Surge entonces un interesante problema de incongruencia entre las finalidades explícitas de la actividad médica y su aplicación real. Se ha señalado que a mediados del siglo pasado, al iniciarse la Revolución Industrial, se propuso relacionar la medicina fundamentalmente con el trabajo, planteo que en aquel momento fue rechazado. Sin embargo, Laura Conti encuentra que si bien las finalidades manifiestas de la medicina son otras (aliviar el dolor, mantener la normalidad, asegurar la supervivencia), la aplicación real de la práctica médica ha sido para responder a las necesidades productivas. La citada autora dice respecto a esa incongruencia entre lo ideal y la actividad médica:

... Sabemos muy bien que los fines no explican la historia, lo mismo que no definen una sociedad: un hombre y una sociedad no se juzgan a partir de lo que piensan de sí mismos, ni de los objetivos que se proponen, sino a partir de sus comportamientos y actividades analizados históricamente (4).

Este último planteo constituye una fuente promisoría de investigación, en la medida que define con claridad el tipo de relación que tiene la salud con la estructura social, y más específicamente con el sistema productivo. Se abre entonces la posibilidad de estudiar los problemas de organización de la atención médica dentro del marco de las políticas vigentes, así como también la distribución de la enfermedad según las formas de absorción en el aparato productivo.

Al abandonar posiciones que consideran a la salud un valor independiente de la voluntad de los pueblos, y al abordar los problemas de salud en relación a las coyunturas sociopolíticas de los mismos, las ciencias sociales brindarán aportes significativos para su solución.

RESUMEN

Se analizan de manera general en el artículo los conceptos que a través de la historia han influido en las relaciones entre las ciencias sociales y el área de la salud.

Se señalan las distintas formas en que se ha enfocado la integración de las ciencias sociales en el campo de la medicina, a saber: las ciencias sociales como estudio de la cultura, la sociología médica, y la medicina como ciencia social.

Por último, se plantea que la búsqueda de una alternativa al enfoque funcionalista de los problemas de salud debe partir de una redefinición de los objetivos de medicina y se revisan algunos intentos desarrollados en ese sentido.

REFERENCIAS

- (1) Mc Kinney, John. *Tipología constructiva y teoría social*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1968.
- (2) Canguilhem, George. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, S.A., 1971. Citado por J. C. García en *La educación médica en la América Latina* Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 255*, 1972.
- (3) Rosen, G. "The Evolution of Social Medicine". En *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1972.
- (4) Conti, Laura. "Estructura social y medicina". En *Medicina y sociedad*. Aloisi, Berlinguer y otros. Barcelona, Editorial Fontanela, 1972.

SOCIAL RESEARCH AS APPLIED TO HEALTH (*Summary*)

The concepts that have influenced relations between the social sciences and health down the years are broadly analyzed.

Various approaches to integration of the social sciences with medicine are described, including social sciences as the study of culture, social medicine, and medicine as a social science.

In conclusion, it is suggested that the search for an alternative to the functional approach to health problems should begin with a redefinition of the aims of medicine. Some attempts along these lines are reviewed.

A PESQUISA SOCIAL APLICADA AO CAMPO DA SAÚDE (*Resumo*)

O artigo oferece uma análise geral dos conceitos que têm exercido influência, no decorrer da história, sobre as relações entre as ciências sociais e a área da saúde.

Assinalam-se os distintos critérios com que se tem abordado a integração das

ciências sociais no campo da medicina, a saber: as ciências sociais como estudo da cultura, a sociologia médica e a medicina como ciência social.

Sugere-se em conclusão que a procura de uma alternativa para o critério funcionalista dos problemas de saúde deve partir de uma redefinição dos objetivos da medicina, examinando-se a seguir algumas tentativas esboçadas nesse sentido.

LA RECHERCHE SOCIALE APLIQUÉE À LA SANTÉ (*Résumé*)

Dans le présent article, l'auteur analyse les grandes lignes des concepts qui à travers de l'histoire ont influé sur les relations entre les sciences sociales et la santé.

Il mentionne les différentes façons dont s'est faite l'intégration des sciences sociales dans le domaine de la médecine, à savoir: les sciences sociales en tant qu'étude de la culture, la sociologie médicale et la médecine en tant que science sociale.

En fait, l'auteur estime que la recherche d'une autre solution que celle consistant à aborder les problèmes de la santé de manière fonctionnaliste doit partir d'une redefinition des objectifs de la médecine et qu'il convient donc de réviser quelques-unes des tentatives faites dans ce sens.

Considerações sobre a natureza e a dinâmica da prática médica

DR. DOMINGOS DA S. GANDRA Jr.¹

INTRODUÇÃO

A prática médica comporta uma variedade de análises. Com frequência, algumas análises que se têm realizado procuram mostrar ou explicar mudanças que se processam no interior dessa prática como desvios de uma orientação ética, sem contudo oferecer elementos objetivos que permitam identificar os fatores que, independentemente dos indivíduos, determinam a estrutura de ação profissional. Outras análises de conteúdo humanístico, de modo geral, quando não estão orientadas pelos valores do analista, tendem ao idealismo de crer que se pode explicar a totalidade da prática pela análise do comportamento individual daqueles que a exercem.

Uma análise que pretenda ser objetiva não leva em consideração os valores senão como objeto de estudos e busca a identificação dos fatores e dos processos que condicionam ou determinam a conduta dos profissionais.

Entendendo-se a prática médica como uma estrutura de ações orientada por um corpo sistemático de conhecimentos e dirigida a um usuário (individual ou coletivo), certamente não se poderia explicá-la apenas pelos fatores de ordem interna que nela atuam. Muitos fatores que ocorrem no exterior da prática médica e independentes dela são quiçá mais importantes e determinantes do que (mesmo) fatores internos. Um desses fatores que se poderia tomar como exemplo é o papel que tal prática representa e as funções que desempenha numa estrutura social determinada.

Sem a pretensão de uma análise global da prática médica, vamos abordar alguns aspectos que poderiam favorecer a compreensão da estrutura de ações que nela se desenvolve.

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

DIMENSÕES DA PRÁTICA MÉDICA

Inicialmente podemos identificar duas dimensões, a primeira representada pelo conjunto sistematizado de conhecimentos e técnicas que constitui o “saber médico” e a segunda, pelo homem, sadio ou doente, a quem a ação profissional é dirigida e a quem deve beneficiar. Mesmo quando desempenha uma função na estrutura social, como a manutenção da força de trabalho ou o aumento de sua produtividade, a prática médica necessita de uma legitimação social, como necessita qualquer outra prática social, e esta é dada fundamentalmente pela expectativa de um benefício para o usuário.

O GERAL E O ABSTRATO

Analisemos primeiro o “saber médico”, sua origem, natureza e utilização. Verificamos que esse saber constitui um corpo sistematizado de conhecimentos que provêm de uma variedade de disciplinas. Tais conhecimentos são as teorias² elaboradas a partir da observação controlada ou experimental. No que diz respeito aos conhecimentos científicos esse sistema teórico é *geral e abstrato*.

É geral porque não se refere a nenhum objeto particular. A lei da queda dos corpos, por exemplo, não se refere ao fenômeno da queda de nenhum corpo em particular e nunca explicaria a queda de um corpo particular sem levar em conta uma série de fatores que não se incluem na generalidade que a teoria encerra.

As teorias ou são elaboradas com fundamento em observações particulares, ou deduzidas de outras teorias e comprovadas em tais observações, mas como teorias, tendem sempre para o geral. Não há ciência do particular. Distinguindo a ciência da arte, diz White (1) que a ciência trata de particulares em termos universais enquanto a arte trata de universais em termos particulares.

Os conhecimentos sobre processos infecciosos não se referem a um processo infeccioso num indivíduo determinado. As teorias representam as regularidades verificadas na observação dos fenômenos e objetos particulares e não as particularidades que possam ser encontradas.

Os sistemas teóricos são também abstratos. São abstratos na medida em que as regularidades observadas são transformadas em categorias e conceitos. Burton e seus colaboradores (2) assinalam que “os conceitos

²O termo “teoria” é aqui empregado no sentido de hipótese verificada que lhe dá a ciência moderna e não no sentido comum ou ligado à idéia de “especulação”.

foram inventados pelo homem para descrever o mundo que o rodeia. Muito cedo o homem descobriu que alguns objetos, acontecimentos, processos e regiões possuem características semelhantes. Procedeu então ao agrupamento de diversos fenômenos de acordo com as semelhanças descobertas, baseando-se no tamanho, peso, localização no tempo e no espaço, causalidade, função, etc. Os conceitos variam desde as idéias acerca de coisas muito simples até as abstrações de alto nível, muito distantes do plano do concreto.”

Como realidade abstrata, os conhecimentos constituem o produto do pensamento, ou seja, da elaboração mental do homem. Quando falamos em sífilis, estamos referindo-nos a um conjunto de processos orgânicos que, por uma série de regularidades, é possível agrupar e categorizar. Na realidade concreta não existe sífilis. Esta só existe como realidade abstrata, como conceito que encerra um conjunto de regularidades que nos permite discriminá-la de outros processos que ocorrem no objeto de nosso estudo.

Com o desenvolvimento científico, esse corpo teórico aumenta cada dia, o que obriga os profissionais, embora interessados num objeto global, a se confinarem ao estudo de apenas certos aspectos ou processos que nele ocorrem, limitando seu campo de interesse a fim de poder aprofundar seu conhecimento. Dessa forma, o interesse pelo homem como objeto de estudo é limitado ao interesse pelos processos de fecundação, ou de aprendizagem, ou de imunologia, e assim por diante. Da troca entre a globalidade do objeto e a profundidade de conhecimentos de um de seus aspectos ou dimensões surge a especialidade científica. Embora continue o mesmo, o objeto é “fracionado” por um processo mental, a abstração. Isso determina uma contradição bastante comentada no homem de ciência de nossos dias. Tal contradição resulta do fato de que o especialista é, por um lado, uma pessoa de elevado nível de conhecimento, por dominar em profundidade o saber sobre certos aspectos de realidade, mas, por outro lado, é uma pessoa de conhecimentos bastante limitados, quando não sem nenhum conhecimento, sobre uma infinidade de aspectos dessa mesma realidade. Ou, como já disse alguém, a tendência do especialista é saber cada vez mais de cada vez menos.

Entretanto, não importa que o conhecimento do especialista se refira a uma dimensão bastante reduzida de um objeto (que pode ser um homem, por exemplo): como conhecimento, será sempre geral e abstrato, porque estará sempre constituído das regularidades observadas nessa dimensão e também porque não se refere a qualquer dimensão de um objeto concreto em particular.

Outro aspecto do “saber médico” a comentar é seu conteúdo. Por uma razão mais histórica do que mesmo científica, o saber médico está formado na sua maior parte pelas teorias elaboradas pelas disciplinas que integram o que denominamos de ciências biológicas.

Essa hegemonia da abordagem biológica aos problemas de saúde do homem não está fundada em comprovação alguma de que os fatores determinantes das enfermidades se acham no nível biológico. Quanto maior o número de problemas de saúde cuja gênese não se encontre no nível biológico e quanto maior a sua incidência, tanto mais a prática médica tenderá (a persistir essa hegemonia biológica) a limitar-se ao conjunto dos efeitos, sem atingir o complexo de causas, trazendo para a ação profissional o conseqüente risco de se tornar iatrogênica.

A aquisição do conhecimento pelo médico se faz num processo de formação ou produção de novos profissionais para um mercado de trabalho. Nesse processo claramente se identifica uma separação entre o estudo das abstrações, leis, princípios, teorias, etc., e sua aplicação. O estudo das abstrações, mesmo quando realizado na prática, assim denominada indevidamente, nada mais constitui que reproduções experimentais ou demonstrações, que não apresentam o processo no objeto nem levam em conta a sua totalidade e as suas particularidades. Assim, a utilização de animais em estudos de laboratório, por exemplo, não transcende nunca a demonstração de um processo.

Chegamos assim a uma breve análise da primeira dimensão da prática médica, que constitui o “saber médico”: conhecimentos gerais e abstratos, aprendidos através de disciplinas cujo objeto é uma pequena fração da realidade e separados da sua aplicação ao objeto global e concreto que seria o homem.

O PARTICULAR E O CONCRETO

A segunda dimensão da prática médica que passaremos a examinar é o usuário, o homem, sadio ou doente, considerado isolado ou conjuntamente.

Esse homem sadio ou doente é muito mais que a soma de um conjunto de sistemas e processos. Cada paciente representa uma realidade global diferente da soma de quantas abstrações tenhamos formulado genericamente sobre ele. Além de uma realidade global, cada paciente é um ser particular. Não é apenas um organismo e, na medida que adquiriu consciência de sua existência, transformou sua biologia em

biografia e, de alguma forma, é agente e produto de sua história pessoal e da história social.

Quando entra em contato com a assistência médica, esse usuário se apresenta com sua totalidade e concretidade. Essa totalidade poder ser considerada abstratamente em vários níveis: social, biológico, psicológico, etc. Porém nenhuma dessas dimensões esgota sua realidade particular. O momento, as condições e maneira de acesso à assistência médica trazem implícitas sua dimensão social incorporada ao problema específico que o traz à prática médica.

Como homem, ele tem consciência de sua existência, percepções acerca de seus sinais e sintomas, os quais analisa e interpreta, e possui também conteúdo efetivo e cognitivo, com o qual se ajusta à transformação da sua realidade, representada pelo problema de saúde que o leva ao médico; e, mais do que isso, formula expectativas quanto às estratégias de solução da sua problemática.

No momento da sua interação com a assistência médica, sua consciência de ser, da sua individualidade, está aguçada pela própria ameaça que seu problema representa à continuidade da sua vida, a sua integridade funcional e estrutural, além da ameaça à sua forma de ajustamento consigo próprio e com os outros homens.

O conteúdo humanístico da medicina é dado pela natureza de seu objeto. As regularidades encontradas no nível biológico são insuficientes, como quadro de referência, para a compreensão dos problemas humanos. Na busca de sua adaptação, o homem transpõe os limites de adaptação no sentido biológico, em busca do sentido social. O cenário onde se desenrola a vida humana transcende a natureza, uma vez que esta, transformada pelo homem, reflete o sentido social da sua adaptação, e esse cenário está implícito na problemática do homem. Não considerar esse aspecto seria admitir que não há distinção entre enfermidade humana e animal.

REALIDADE E CATEGORIAS

A prática médica resulta, portanto, numa contradição. O profissional tem a seu dispor cada vez mais conhecimentos e referências parciais sobre o objeto (paciente) e cada vez menos referências sobre sua totalidade. Essa contradição se manifesta quando o profissional, orientado por tais referências parciais de natureza geral e abstrata, tem diante de si a complexidade de um problema representado pela globalidade, particularidades e concretidade de um paciente.

Enquanto a prática médica não consegue superar essa contradição, a medicina vai perdendo, em conseqüência, seu conteúdo humano e a prática médica, sua especificidade.

Para fugir ao confronto com essa contradição, que necessariamente levaria à mudança estrutural da prática médica, o profissional se ajusta pela redução da realidade do homem a uma ou várias abstrações, representadas pelas categorias da patologia, da terapêutica, etc. Nesse processo de fuga, o objeto da prática médica vai-se deslocando do indivíduo para a enfermidade, a síndrome ou a disfunção. Por exemplo, a totalidade do paciente cede lugar a uma hipertensão ou a um caso de abdomen agudo, e assim por diante.

As categorias são o resultado da criatividade do pensamento humano para favorecer seus ajustes à realidade. No momento em que essas categorias deixam de constituir instrumentos e passam a substituir a própria realidade, desaparece a individualidade, o caráter particular e concreto dos elementos que a compõem.

Essa substituição da realidade pelas categorias tem como resultado, na prática médica, a transformação do paciente concreto e particular num paciente "abstrato", ou num conjunto de várias categorias. Suas manifestações somáticas, quando não se enquadram nas categorias disponíveis, são consideradas simplesmente "atípicas", e quando algumas dessas manifestações são a conseqüência de seu ajustamento pessoal e social, o paciente passa a ser mais "culpado" do que "vítima", como se a somatização de sua problemática não constituísse uma característica humana.

Essa contradição se nota ainda na própria concepção da enfermidade. Esta envolve, para o usuário da prática médica, várias dimensões da sua realidade, do ambiente natural onde habita a suas condições sociais e de vida, assim como o que a enfermidade significa na sua história pessoal. Para a prática médica a enfermidade se reduz a uma categoria representada pelas abstrações de regularidades observadas e que são o objeto da ação desta ou daquela especialidade.

A ESTRUTURA PROFISSIONAL

Não levando em conta as particularidades que o problema de cada paciente representa, o exercício profissional se torna monótono e todos os problemas se tornam iguais e repetitivos. Para vencer tal monotonia, o profissional vai pouco a pouco abandonando os problemas mais gerais

e de maior incidência no seu meio, em busca de uma nova motivação em doenças e síndromes raras.

A prática médica nas sociedades modernas não é mais o resultado do exercício profissional individualizado, mas um conjunto de ações estruturadas de vários profissionais, resultando nas organizações sociais onde se produzem os serviços de saúde.

Essas organizações sociais constituem as superestruturas criadas para tornar possível que a prática médica cumpra uma função na estrutura social e ao mesmo tempo se realize segundo normas e padrões resultantes da própria definição da sua natureza. Alguns trabalhos recentes (3, 4, 5), partindo do estudo das mudanças que historicamente se têm processado na prática médica e no seu instrumental conceitual, demonstram que essa variação está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica e que, em última instância, a estrutura econômica determina a natureza e o tipo de articulação da medicina com a estrutura social. Dessa forma, as organizações sociais (hospitais, empresas de serviços de saúde, providência social, etc.) que constituem as superestruturas responsáveis pela prática médica, tendem a reproduzir as relações econômicas e sociais que predominam na estrutura social.

Assim, não podemos propor raciocínios mecânicos, segundo os quais essas organizações é que determinariam o tipo de prática médica.

São elas, as superestruturas, inicialmente, o resultado da articulação da medicina com a estrutura social e das concepções hegemônicas quanto à própria natureza e função da medicina. Se por um lado essas organizações sociais determinam os limites possíveis de variação de uma prática médica, o universo conceitual que orienta essa prática e a sua própria orientação é que legitimam essas superestruturas.

Isso quer dizer que o tipo de prática médica que, em determinado momento, um médico particular tem a opção de exercer é dado pelo tipo de articulação que essa prática cumpre na estrutura social, e que, ao mesmo tempo, o exercício profissional desse médico, e conseqüentemente de outros, é que legitima essa articulação.

Pretendemos com estas considerações demonstrar a insuficiência de uma análise que procura compreender a prática médica apenas no nível do comportamento individual do profissional e suas relações com critérios éticos.

Ao se graduar, o médico encontra uma prática médica estruturada que lhe oferece as alternativas de um exercício profissional possível. Ou seja, suas possibilidades de escolher um tipo de prática médica estão limitadas pela própria estruturação dessa prática. Todavia, é necessário

deixar claro, que a partir do momento em que, como profissional, ele se incorpora a essa prática, seu exercício profissional e o instrumento conceitual que utiliza passam a constituir um elemento de legitimação dessa prática.

RESUMO

Rejeitando critérios de análise que atribuem mudanças que se verificam na prática médica a desvios de uma orientação ética, o autor propõe critérios objetivos, que levem em conta fatores tanto internos quanto externos a essa prática.

O “saber médico” como conjunto sistematizado de conhecimentos de natureza geral e abstrata, aprendidos através de disciplinas cujo objeto é uma fração da realidade e separados da sua aplicação ao objeto geral e concreto que vem a ser o homem, constitui uma de duas dimensões que destaca inicialmente como critérios de análise. A segunda dimensão é o usuário da prática médica, o homem sadio ou doente, representando em cada caso uma realidade global diferente da soma de abstrações genéricas que possam ter sido formuladas sobre ele e constituindo assim um ser particular que é, ao mesmo tempo, agente e produto de sua história pessoal e da história social.

Daí a constatação de que existe, entre as regularidades do nível biológico e as particularidades do nível humanístico, uma contradição na qual o profissional dispõe de cada vez mais conhecimentos e referências parciais sobre o objeto da prática médica e de cada vez menos referências sobre a sua totalidade. Isso o leva a deslocar o objeto dessa prática do indivíduo para a enfermidade e a reduzir a realidade do homem a uma ou várias categorias de abstração, transformando o paciente concreto e particular num paciente “abstrato”, que pode passar de “vítima” a “culpado” quando suas manifestações somáticas “atípicas” resultam de seu ajustamento pessoal e social.

REFERENCIAS

- (1) White, Leslie. *La ciencia de la cultura*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1964.
- (2) Burton, William H., B. Roland Kimbal e L. Richard Wing, *Education for Effective Thinking*, tradução espanhola. Buenos Aires, Editorial Troquel, 1965.
- (3) Polack, Jean-Claude. *La Médecine du capital*. Paris, François Maspero, 1971.
- (4) García, Juan César. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C., Publicación Científica de la OPS 255, 1972.
- (5) Conti, Laura. “Estructura social y medicina”. Em *Medicina y Sociedad*. Aloisi, Berlinguer e outros. Barcelona, Editorial Fontanela, 1972.

CONSIDERACIONES SOBRE LA NATURALEZA Y LA DINAMICA DE LA PRACTICA MEDICA (*Resumen*)

El autor discrepa de los criterios de análisis que atribuyan cambios en la práctica médica a desviaciones de la orientación ética. Propone, en cambio, criterios objetivos que tomen en cuenta los factores tanto internos como externos a esa práctica.

El "saber médico", como conjunto sistematizado de conocimientos de carácter general y abstracto, adquiridos mediante disciplinas cuyo objeto es una fracción de la realidad y apartados de su aplicación al objeto general y concreto que viene a ser el hombre, constituye una de dos dimensiones que se destacan inicialmente como criterio de análisis. La segunda dimensión es el usuario de la práctica médica, el hombre sano o enfermo, que en cada caso representa una realidad global diferente de la suma de abstracciones genéricas que pueden haber sido formuladas sobre él, constituyendo así un ser particular que es al mismo tiempo agente y producto de su historia personal y de la historia social.

De ahí se desprende que, entre las regularidades del nivel biológico y las particularidades del nivel humanístico existe una contradicción porque el profesional dispone cada vez más de conocimientos y referencias parciales sobre el objeto de la práctica médica y cada vez de menos referencias sobre su totalidad. Ello le lleva a transferir el objeto de esa práctica del individuo a la enfermedad, y a reducir la realidad del hombre a una o varias categorías de abstracción, transformando al paciente concreto y particular en un paciente "abstracto", que puede convertirse de "víctima" en "acusado" cuando sus manifestaciones somáticas "atípicas" se derivan de su ajuste personal y social.

CONSIDERATIONS ON THE NATURE AND DYNAMICS OF MEDICAL PRACTICE (*Summary*)

Those criteria of analysis are rejected which attribute changes in medical practice to deviations from ethical orientation. Instead, objective criteria are proposed that take into account both the internal and external factors in medical practice.

"Medical knowledge"—an organized body of general and abstract knowledge acquired through the study of disciplines whose subject matter represents only a small part of the real world and isolated from their application to the general and concrete object which is man—is one of the two elements that come to the fore as a criterion of analysis. The second is the user of medical practice—the healthy or sick person, who in each case represents a global reality different from the sum of generic abstractions that may have been formulated about him, thus constituting a particular being who is both the agent and the product of his personal and social history.

Between the regular features of the biological level and the special features of the humanistic level there is a contradiction, since the professional has at his disposal more and more partial knowledge about the object of medical practice and fewer and fewer references about its totality. This leads him to transfer the object of his practice from the individual to the disease, to reduce the reality of the person to so many categories of abstractions, to transform the concrete patient into an "abstract" one, who may go from being a "victim" to a "defendant" once the "atypical" somatic characteristics derived from his personal and social adjustment become manifest.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET LA DYNAMIQUE DE LA PRATIQUE MÉDICALE (*Résumé*)

L'auteur rejète les critères d'analyse qui attribuent toute variation de pratique médicale à des écarts d'orientation morale. Il propose, en échange, des critères objectifs qui tiennent compte de facteurs aussi bien internes qu'externes dans cette pratique.

Le "savoir médical", comme ensemble systématisé de connaissances de caractère général et abstrait, acquises au moyen de disciplines dont l'objet est une fraction de la réalité et écartées de leur application à l'objet général et concret qu'est l'homme, constitue une des deux dimensions qui se dégagent initialement comme critère d'analyse. La seconde est l'usager de la pratique médicale, l'homme sain ou malade qui, dans chaque cas, représente une réalité globale différente de la somme des abstractions génériques qui peuvent avoir été formulées sur lui, constituant ainsi un être particulier simultanément agent et produit de son histoire personnelle et de l'histoire sociale.

De là, il se dégage qu'entre les régularités du niveau biologique et les particularités du niveau humaniste, il existe une contradiction où le professionnel dispose chaque fois plus de connaissances et de références partielles sur l'objet de la pratique médicale et chaque fois moins de références sur sa totalité. Cela le conduit à transférer l'objet de cette pratique de l'individu à la maladie, et à réduire la réalité de l'homme à une ou plusieurs catégories d'abstraction, transformant le patient concret et particulier en un patient "abstrait" qui peut se convertir de "victime" en "accusé" lorsque ses manifestations somatiques "atypiques" découlent de son adaptation personnelle et sociale.

Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud

Nueva metodología para adiestramiento de comadronas, promotoras de salud y auxiliares de enfermería¹

ENFERMERAS YOLANDA ARANGO DE BEDOYA Y
CEFORA ESCALLON ESTUPIÑAN²

INTRODUCCION

En diferentes reuniones internacionales de salud se ha destacado la necesidad de incrementar el recurso humano en salud de acuerdo con las prioridades de cada país. En la Primera Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos (Canadá, septiembre de 1973) se recomendó desarrollar nuevos y variados tipos de personal a nivel institucional para brindar una atención de salud más eficaz y planificada, según la complejidad de los problemas de salud tanto en zonas rurales como urbanas (1).

La III Reunión de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile, octubre de 1972) enfatizó la necesidad de aprovechar al máximo los recursos disponibles y recalcó la importancia de la formación del recurso humano con los métodos que se juzguen necesarios. El Plan Decenal de Salud para las Américas, emanado de dicha reunión, señala que en la solución de los problemas de salud en los países en desarrollo las enfermeras, auxiliares de enfermería y la comunidad son esenciales para la prestación del cuidado de salud, y que un mejor aprovechamiento de estos recursos redundará en una mayor efectividad de los servicios (2).

¹División de Salud de la Universidad del Valle y Secretaría de Salud del Municipio de Cali, Colombia.

²Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud, Cali.

Estas recomendaciones han promovido la acción de los planificadores en salud de los países—entre ellos Colombia—a fin de dedicar mayores esfuerzos al adiestramiento de trabajadores de salud ya existentes y a nuevos tipos de personal. El problema común reside en que un 40% de la población de América Latina, no tiene acceso a ningún servicio de salud, o sea que unos 108 millones de habitantes no tienen oportunidad de satisfacer una de sus necesidades vitales (3).

Es urgente, por tanto, disponer de un volumen aceptable de personal de salud, y que este sea debidamente adiestrado de acuerdo con la complejidad de los problemas de salud.

En Colombia la información disponible sobre el personal capacitado para hacerle frente a los problemas de salud solo se refiere a algunos componentes del proceso de adiestramiento, y no incluye la evaluación del proceso educativo integral en grupos específicos, ni su seguimiento después de haber finalizado el adiestramiento (4-5). Tanto en universidades como en entidades de salud generalmente se adiestra personal a través de cursos regulares o de educación en servicio, pero no se describe la metodología empleada, la forma de aplicarla, su evaluación y el seguimiento del grupo objeto del aprendizaje; aún más, no se dispone de datos sobre la preparación y utilización de los recursos humanos para los diferentes tipos de servicio de salud. Las evaluaciones publicadas se refieren más bien al análisis de contenidos educacionales, independientemente de las tareas que este personal debe desempeñar en su lugar de trabajo (4-7).

Existen en el país varias paradojas en el campo de la salud:

- Mientras mayor es la proporción de la población que requiere atención en salud, menor es el recurso humano existente para atenderla.
- En los sectores rural y urbano hay cada vez mayor demanda de servicios de salud y menor disponibilidad proporcional de personal adecuado para atenderla.
- A medida que se hacen extensos y complejos los planes de estudio del personal técnico y auxiliar menor accesibilidad tiene la comunidad para recibir de estas personas los servicios básicos.

El estudio de recursos humanos de Colombia (8) confirmó las afirmaciones anteriores y presentó el drama de la atención médica en sectores de la población de escasos recursos económicos y en aquellos grupos localizados en sectores marginados y rurales. Resaltó asimismo la necesidad de nuevos enfoques en la formación del personal para atender problemas locales de salud, tanto en número como en calidad. Según el estudio existía en el país una relación de 4.3 médicos, 0.7 enfermeras y 1.8 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes. Estas tasas muestran que existe un mayor volumen de profesionales en relación al

número de personal técnico, cuando debiera ser lo contrario, puesto que los requerimientos del país así lo exigen.

Como ya se dijo, no ha sido frecuente consignar cada una de las etapas de un proceso educativo: el diseño de la metodología, su evaluación y la observación ulterior del grupo partícipe en el proceso después de su adiestramiento. Por tal razón, el Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS), al incorporar personal no profesional en la prestación de los servicios de salud, tiene entre sus propósitos el que tanto la etapa del diseño de la metodología para formación de recursos humanos como su evaluación, sean detalladas y documentadas, de tal manera que sea un aporte a instituciones docentes y de salud en sus programas de formación y de servicios. En este trabajo se presentan los resultados obtenidos con la metodología de adiestramiento programada, aplicada y evaluada en PRIMOPS.

ANTECEDENTES

En 1957 la Universidad del Valle puso en marcha un programa de medicina comunal en Candelaria, población rural de 7,000 habitantes, situada en el Departamento del Valle del Cauca, a 30 kilómetros de la ciudad de Cali, capital de dicho departamento. Dicho programa estuvo orientado a prestar servicios de salud no existentes en la comunidad y a brindar nuevas experiencias docentes a los estudiantes de medicina y enfermería atendiendo los problemas de salud más prevalentes. Los resultados obtenidos con esta experiencia fueron óptimos, tanto por la cobertura de población alcanzada con los servicios como por la disminución de las tasas de mortalidad general e infantil, a pesar de no haber tenido este programa una etapa previa de programación (7).

En 1972 la Universidad del Valle y la Secretaría de Salud del Municipio de Cali (Distrito de Salud de Cali), con base en los resultados positivos obtenidos en la experiencia de Candelaria, iniciaron la aplicación de un nuevo sistema de prestación de servicios de salud, el Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS), regido por los criterios de regionalización activa de la comunidad y reasignación de funciones del personal de salud.

Para ofrecer una atención integral de salud a la comunidad se consideró requisito indispensable la formación del recurso humano no profesional en número y calidad suficientes. En consecuencia, el Programa estimó prioritaria la preparación de este tipo de personal,

orientándola a incrementar los conocimientos, y a desarrollar las habilidades y actitudes indispensables para el desempeño de las tareas asignadas.

La Universidad se encarga de la parte programática y la Secretaría es responsable de la prestación de los servicios. El Programa se lleva a cabo en un sector marginado de la ciudad de Cali con una población de 100,000 habitantes. En él se están desarrollando y experimentando metodologías para el sistema de información, organización de la comunidad, organización del equipo de salud, formación y educación continua para el personal técnico y auxiliar, y métodos para la evaluación de servicios de salud específicos en el área materno-infantil. Las actividades de salud se brindan bajo un sistema centrípeto y centrífugo, es decir, no solo se cubre la población que demanda los servicios sino al total del grupo materno-infantil, estableciéndose para ello, como primer nivel de atención, el hogar. Los servicios son brindados por la comadrona, la promotora urbana de salud y la auxiliar de enfermería a nivel del hogar y del puesto de salud, bajo la supervisión y coordinación de la enfermera. En los centros de salud y hospitales los servicios los lleva a cabo el personal de salud ya conocido, quien atiende la morbilidad en los grupos de alto riesgo, como son la madre y el niño.

El propósito de esta experiencia fue ofrecer a las entidades educativas y de servicio en el campo de salud una metodología simple, debidamente experimentada y evaluada, que permitiera acelerar la formación de recursos humanos y su rápida integración a los servicios (9).

Para alcanzar este propósito, se diseñó, experimentó y evaluó una nueva metodología de adiestramiento aplicada a grupos de comadronas, promotoras y auxiliares de enfermería, la cual se describe en el presente trabajo.

OBJETIVOS

El modelo del PRIMOPS fue diseñado para dar atención al grupo materno-infantil (mujeres en edad reproductiva y niños menores de 5 años), porque:

- En la mayoría de los países, especialmente en aquellos en desarrollo, la población comprendida en este grupo representa más del 40% de la población total.
- La mortalidad en los menores de 5 años representa el 50% del total de defunciones en el país. La mortalidad materna es de 2.5 por 1,000 nacidos vivos (10 veces más alta que en los países desarrollados).

- La demanda y prestación de servicios de salud del grupo materno-infantil en las instituciones generales de salud representa más del 50% del total de dicha demanda.
- Los problemas que presenta este grupo pueden ser atacados en un alto porcentaje con las técnicas de prevención y reparación existente.

En el Ministerio de Salud Pública existe un programa de atención materno-infantil para todo el país y un equipo de trabajo con amplia experiencia en el área. En consecuencia, el diseño del PRIMOSP se orientó a brindar servicios de salud que permitieran:

- Alcanzar una cobertura mínima del 80% en los grupos de mayor riesgo, como son la madre y el niño.
- Disminuir la mortalidad materna en un 80% en un período de 5 años.
- Disminuir la frecuencia y severidad de algunas complicaciones del embarazo, parto y posparto.
- Disminuir la mortalidad infantil en un 50% en un período de 5 años.
- Disminuir la tasa de embarazos no deseados, el número de embarazos en grandes múltiparas, prevención del aborto provocado y sus consecuencias.

Para lograr lo antes expuesto se pretendían dos objetivos:

1. Diseñar y estandarizar una metodología simple de adiestramiento para formación del recurso humano no profesional de diferentes categorías, basada en el análisis de las tareas que este personal debe realizar, ejecutada en ambientes reales y aplicable por instructoras sin previa experiencia docente.
2. Adiestrar personal con un currículo que garantice los conocimientos, habilidades y destrezas requeridas en la ejecución del trabajo, utilizando técnicas educativas debidamente seleccionadas, procesos de educación continua y métodos de evaluación que midan el incremento del aprendizaje a través de objetivos de la instrucción definidos para cada tarea específica.

METODOLOGIA

Se diseñó para el programa una metodología de adiestramiento de personal configurada por un modelo general y una estructura de base.

Modelo general

El modelo general está constituido por ocho componentes que forman el cuerpo de la metodología y brindan la información necesaria para llevar a cabo el adiestramiento del personal, a saber:

- La definición de las *tareas* asignadas a cada uno de los miembros del equipo de salud, que constituye la información básica que el modelo requirió para definir el currículo.
- La determinación de los *objetivos de la instrucción* de nivel cognoscitivo,

afectivo y psicomotor, definidos con el criterio de que su alcance garantizara en el grupo adiestrado el cumplimiento óptimo de las tareas correspondientes a cada actividad de salud (control prenatal, control de crecimiento y nutrición, control y tratamiento de diarrea, etc.).

- La definición de los *contenidos de aprendizaje*, seleccionados de manera que se alcanzaran los objetivos de la instrucción requeridos para ejecutar las tareas. El concepto para definir los temas, su intensidad y profundidad giró alrededor de este propósito.

- La determinación de las *estrategias de adiestramiento* para la instrucción teórica y práctica, la cual comprendió métodos como conferencias, demostraciones, instrucción programada, visitas domiciliarias y realización de tareas en el ambiente real de trabajo. Estas estrategias fueron definidas de acuerdo con la complejidad de cada tema seleccionado, de tal manera que el método utilizado permitiera lograr el objetivo propuesto.

- La definición de las *estrategias de evaluación* del aprendizaje, orientada exclusivamente a medir el logro de los objetivos de la instrucción. Para ello se diseñaron instrumentos que permitieran medir el alcance de los objetivos en el nivel cognoscitivo, psicomotor y afectivo.

- La definición del *tiempo* requerido en el desarrollo de cada uno de los temas, que fue establecido para cada grupo adiestrado de acuerdo con la complejidad o importancia de cada tarea en particular.

- La determinación del *lugar* para el adiestramiento de los grupos, que fue seleccionado exclusivamente con el criterio de que reflejara las condiciones del medio ambiente donde se ejecutaría posteriormente el trabajo, de tal forma que durante el curso la persona adiestrada actuara con conocimiento de las circunstancias del medio de trabajo, con las naturales limitaciones y facilidades existentes.

- La selección del *recurso docente* necesario para el adiestramiento, que se definió con el propósito de que la enfermera actuara como coordinadora del adiestramiento y desarrollara el 95% del contenido del curso, a pesar de que se consideró también la posibilidad de incluir, en ciertas ocasiones, otro tipo de personal para cubrir varios temas.

Estructura de base

La estructura de base constituye el sistema de información en el cual se consignan los diferentes datos generales al aplicar el modelo general e incluye:

- *El programa del curso*. En él se precisan las tareas, objetivos de la instrucción y contenidos del curso. Este documento se entrega al alumno para que le sirva de información respecto al trabajo a realizar, los conocimientos que adquirirá en el desarrollo del curso y el tipo de objetivos de la instrucción a alcanzar.

- *Las formas para registros del curso*. Lo conforman tres instrumentos: a) registro de asistencia, donde se consigna la información sobre el cumplimiento de los asistentes con los horarios establecidos; b) horario, en el que se registra la

programación respecto a fecha, hora, personal docente y métodos a utilizar; c) registro de clase, donde se anotan los datos para cada clase en relación a tiempo programado, tiempo cumplido, tema o práctica desarrollada, persona responsable y método utilizado. Los últimos datos mencionados fueron válidos especialmente para realizar los ajustes del tiempo necesario en el adiestramiento.

- *La evaluación del aprendizaje.* Se hace a través de instrumentos diseñados para medir el grado de alcance de los objetivos de la instrucción. Se elaboraron pruebas que midieran los conocimientos básicos alcanzados; tablas de comprobación de habilidades, útil para precisar el nivel de destreza logrado, y escalas de actitudes, que permitieron señalar el grado de actitud observada en el alumno durante su adiestramiento.

- *Los resultados del aprovechamiento individual.* Es un esquema en el que se representa gráficamente, para cada alumno, el alcance de los objetivos de instrucción medido a través de la aplicación de las pruebas mencionadas. El esquema no solo permite conocer el desarrollo del alumno en el transcurso de su adiestramiento, sino también informar al instructor y al alumno acerca de los objetivos no logrados, o en caso contrario, gratificarlo con la información sobre su aprendizaje.

- *El resultado de evaluación del grupo (nivel cognoscitivo).* Es útil para obtener información respecto a los resultados obtenidos en las pruebas, y para orientar al instructor en los temas que debe enfatizar y repasar.

- *La evaluación individual final.* Se llevó a cabo individualmente al finalizar el adiestramiento. Para ello se precisó previamente el valor porcentual a cada área cognoscitiva, psicomotora y afectiva. El resultado de la suma de esos valores indicó el rendimiento total del alumno. Aquellos participantes que se acercaron al promedio del grupo o lo sobrepasaron se consideraron capacitados para desempeñar sus funciones en el cargo correspondiente. Lo anterior estuvo sujeto a las particularidades de cada tipo de personal adiestrado. Así, para las auxiliares de enfermería, promotoras urbanas de salud y comadronas se estableció como rendimiento mínimo un valor total de 70%.

- *El Comité Intercurricular.* Constituido por el personal docente que participó en el adiestramiento. Dicho personal se reunió durante diferentes etapas del adiestramiento para definir, aclarar y unificar criterios de la secuencia, integración de los contenidos, y la programación en general del curso.

DESARROLLO

La experimentación de la metodología de adiestramiento descrita se inició en marzo de 1973. Desde esa fecha hasta diciembre de 1974 se adiestraron dos grupos de auxiliares de enfermería, con un total de nueve personas; cuatro grupos de promotoras urbanas de salud, con un total de 54 personas y tres grupos de comadronas con 33 participantes,

lo que hace un total general de 96 personas que recibieron adiestramiento en épocas diferentes.³

Entre las características generales de este personal se encontraban los siguientes. Las auxiliares de enfermería tenían una edad promedio de 30 años, las comadronas de 45 años y las promotoras de 23 años. En relación a la escolaridad, las auxiliares de enfermería habían cursado hasta el cuarto año de bachillerato en promedio, las promotoras hasta el quinto de primaria y las comadronas tres años de primaria (con 9.7% de analfabetismo). Respecto a experiencias previas en actividades de salud, se encontró que las auxiliares tenían considerable experiencia en trabajos de salud, las comadronas tenían en promedio 19 años de experiencia en la atención de partos, mientras que las promotoras nunca habían trabajado en actividades de salud.

La intensidad horaria durante el adiestramiento varió según el tipo de personal, a saber: 208 horas para las auxiliares de enfermería, 160 para las promotoras urbanas y 141 para las comadronas. El ajuste de tiempo necesario para alcanzar los objetivos de la instrucción en cada actividad se hizo en base al registro de horas programadas y cumplidas en cada tema dictado o práctica realizada.

En el ensayo de la metodología mencionada solo fue necesario un período de seis semanas en promedio para el adiestramiento de los tres grupos.

La estrategia para dictar los contenidos que permitiera desarrollar el conocimiento, la habilidad y las actitudes necesarias para el cumplimiento de las tareas asignadas comprendió conferencias, demostraciones, sociodramas, instrucción programada, ayudas audiovisuales y prácticas de terreno, de acuerdo al tema dictado.

La enfermera llevó a cabo la coordinación del adiestramiento y cubrió el 95% de los temas programados. Otros profesionales, como la trabajadora social, el médico y el estadístico, colaboraron con ella en el

³La auxiliar de enfermería ha cursado estudios básicos formales en una escuela de auxiliares de enfermería reconocida por los Ministerios de Salud Pública y Educación Nacional. Con previa selección, este personal se vincula al programa y con carácter de empleadas de él inicia el adiestramiento especial exigido por PRIMOPS.

La promotora urbana de salud es una persona residente en el área donde se desarrolla el programa. Se le exige como educación básica cinco años de primaria. Es seleccionada y adiestrada por PRIMOPS, por cuanto la categoría de promotoras de salud ha sido incorporada al servicio de salud municipal como un nuevo tipo de personal de salud para áreas urbanas.

La comadrona es una persona que tradicionalmente atiende partos en su área de residencia, que es la misma del Programa. Por ser este un recurso ya existente, el Programa las agrupó y las capacitó en las normas para la atención de partos normales en el domicilio y las considera como un miembro importante del equipo de salud.

adiestramiento teórico práctico.⁴ Aunque es aconsejable la participación de este personal, en lugares donde no se disponga de tal recurso, la enfermera puede ser a la vez coordinadora del curso y responsable por la totalidad del adiestramiento.

Al aplicar el modelo, se utilizaron ambientes reales de práctica previamente seleccionados con el fin de familiarizar al grupo en la adquisición de los conocimientos en el sitio más conveniente para alcanzar los propósitos determinados. No se seleccionó un establecimiento docente propiamente dicho, por no considerarse este un ambiente real; se decidió utilizar el centro de salud, la comunidad, el puesto de salud y en algunas oportunidades, otras instituciones (hospital, Instituto Colombiano de Seguros Sociales), para ser consistentes con el método de adiestramiento y con los objetivos del programa.

Se decidió concentrar esfuerzos en métodos suficientemente objetivos para la evaluación del aprendizaje. La evaluación se orientó exclusivamente a medir individualmente el alcance de los objetivos de la instrucción y se realizó en tres etapas diferentes:

- En la primera se identificó el grado de conocimiento del participante a través de la aplicación de una prueba previa, la cual se calificó dentro de un rango de 0 a 100, convirtiéndose posteriormente a valores porcentuales. El resultado así obtenido resultó útil para identificar los conocimientos iniciales y el incremento de aprendizaje individual una vez finalizado el adiestramiento. En el caso de las comadronas analfabetas, la prueba se efectuó mediante entrevista y en forma oral con iguales propósitos.

- En la segunda etapa se determinó el incremento de conocimientos por medio de pruebas periódicas (monitores) aplicadas en el transcurso del adiestramiento. Las pruebas se aplicaron al finalizar cada unidad y las preguntas fueron elaboradas en base a los más importantes objetivos de la instrucción, en el sentido que permitieran medir el logro del aprendizaje para realizar tareas que se consideraban primordiales. Igualmente se precisó el desarrollo de habilidades alcanzado utilizando para ello el instrumento denominado "Tabla de chequeo de habilidades". En cuanto a las actitudes y al comportamiento del participante, fueron identificados por medio de la aplicación de una escala de evaluación. Los valores asignados en las diferentes áreas variaron de acuerdo a los grupos: para las auxiliares de enfermería se estableció que cada una de las áreas—cognoscitiva, afectiva y psicomotora—tendrían un valor de 33.3%; para las promotoras se definió un valor de 50% en el área cognoscitiva, 30% para la afectiva y 20% para la psicomotora, para las

⁴No fue necesario que la enfermera tuviera experiencia docente previa, ya que el modelo se diseñó para ser aplicado por esta profesional, lo cual da flexibilidad para que pueda ser experimentado por personal de servicio y no necesariamente docente. Los otros profesionales fueron consultados en la etapa de programación de los modelos de adiestramiento.

comadronas se determinó un 50% en el área cognoscitiva, 25% en la afectiva y 25% en la psicomotora.⁵

- La tercera etapa de la evaluación consistió en realizar una observación ulterior del personal que ingresó a prestar los servicios programados. Se llevó a cabo mediante la aplicación de los mismos instrumentos utilizados en las dos primeras etapas de evaluación, con el fin de que los conocimientos, actitudes y habilidades tuvieran el mismo patrón de medición para que así las bases para programar los cursos de educación continua estuvieran determinadas de acuerdo a las tareas asignadas.

Para medir el incremento en el nivel cognoscitivo, se tomaron los resultados obtenidos por cada participante en la prueba previa y en la prueba posterior. Se hizo un análisis independiente para los grupos de auxiliares, promotoras y comadronas. El análisis estadístico se realizó en base a la diferencia encontrada aplicando la prueba "t".

Para evaluar las áreas afectiva y psicomotora del personal adiestrado se utilizaron la escala de evaluación y la tabla de comprobación de habilidades. Dichos instrumentos solo se aplicaron al final del adiestramiento de acuerdo a lo programado.

Los resultados obtenidos en estos niveles se analizaron en base a una escala cuantificada de 0 a 100, frente a la cual se comparó el valor individual alcanzado por cada participante. Los puntajes obtenidos fueron convertidos posteriormente a valores porcentuales. Por la razón mencionada no se presentan incrementos alcanzados en este aspecto sino el grado afectivo y psicomotor que en promedio presentaban los grupos al terminar el curso.

Respecto a la evaluación del aprendizaje logrado con el método de instrucción programada, este se probó en dos grupos de auxiliares de enfermería y en tres grupos de promotoras urbanas. Los temas aplicados fueron diferentes según el tipo de personal: en las auxiliares el método se probó utilizando cinco temas que fueron iguales a los dos grupos; en cuanto a las promotoras, el número de temas fue de cuatro iguales para tres de los cuatro grupos de promotoras. Para medir el aprendizaje alcanzado se compararon los resultados obtenidos en la prueba previa con los de la prueba posterior y su diferencia se analizó mediante la prueba "t".

Vale la pena destacar que no se observaron deserciones durante el adiestramiento en ninguno de los grupos, lo cual pudo deberse al interés demostrado en los participantes.

⁵ Los criterios para establecer diferentes valores porcentuales según tipo de personal en las áreas afectiva y psicomotora estuvieron determinados en base a las características de experiencia previa en el campo de la salud.

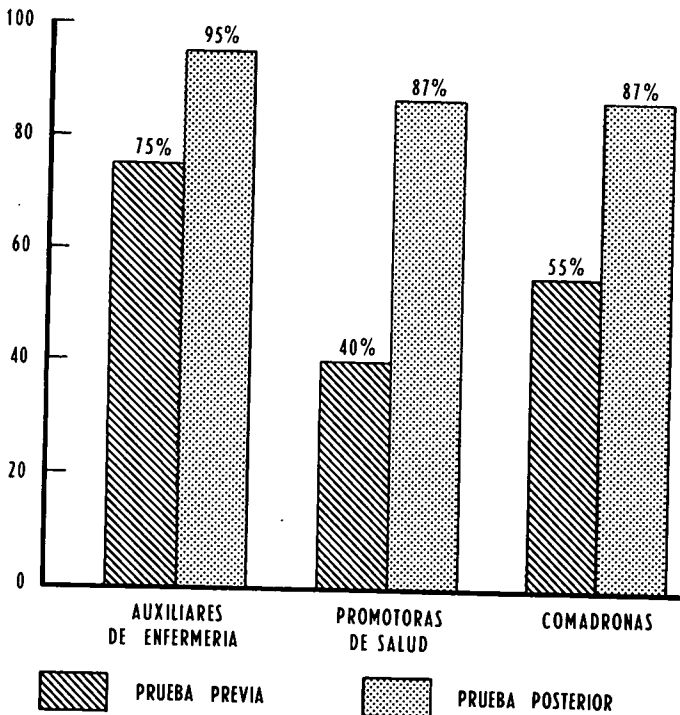
RESULTADOS

Se adiestró un total de nueve auxiliares de enfermería, divididas en dos grupos (seis y tres) y se logró un porcentaje promedio del nivel cognoscitivo de 75.22% en la prueba previa y de 95.56% en la posterior. El incremento porcentual fue del 27% (figura 1). Este valor logrado fue muy significativo al nivel de 0.001.

Para conocer el promedio porcentual obtenido por las auxiliares en los niveles afectivo y psicomotor, las escalas de actitudes y de habilidades se aplicaron en dos grupos de auxiliares, con un total de nueve personas. El promedio porcentual en el nivel afectivo fue de 86% y en el psicomotor fue de 93%. No se precisa el incremento de estos niveles debido a que, como se mencionó anteriormente, dichas escalas no se aplicaron antes del adiestramiento.

En cuanto al incremento porcentual de rendimiento alcanzado por las promotoras urbanas de salud en el área cognoscitiva, se adiestraron

FIG. 1—Promedio porcentual alcanzado en el nivel cognoscitivo por el personal adiestrado en PRIMOPS, Cali, 1973-1974.



cuatro grupos de promotoras, con un total de 54 personas, y se obtuvo un porcentaje promedio en la prueba previa de 40.11% y en la posterior de 87.54%. El incremento porcentual fue de 118% (figura 1). Dicho incremento fue muy significativo al nivel de 0.001. Un incremento mayor del 100% podría explicarse debido a que las promotoras iniciaron el adiestramiento sin haber tenido experiencia previa en actividades de salud.

En cuanto al promedio porcentual obtenido por las promotoras en los niveles afectivo y psicomotor, las escalas de actividades y de habilidades se aplicaron a 48 de las 54 promotoras adiestradas. El promedio porcentual en el nivel afectivo fue de 79.41% y en el psicomotor de 83.25%. En ambos niveles el promedio de promedios fue alto en relación al 70% determinado para tres niveles.

Los tres grupos de comadronas, con un total de 33 personas alcanzaron en la prueba inicial un promedio porcentual de 55.18% y la siguiente de 87.43%. El incremento porcentual de rendimiento fue de 58% (figura 1). Este valor representa el aumento de conocimientos logrados por el grupo, el cual fue muy significativo al nivel de 0.001.

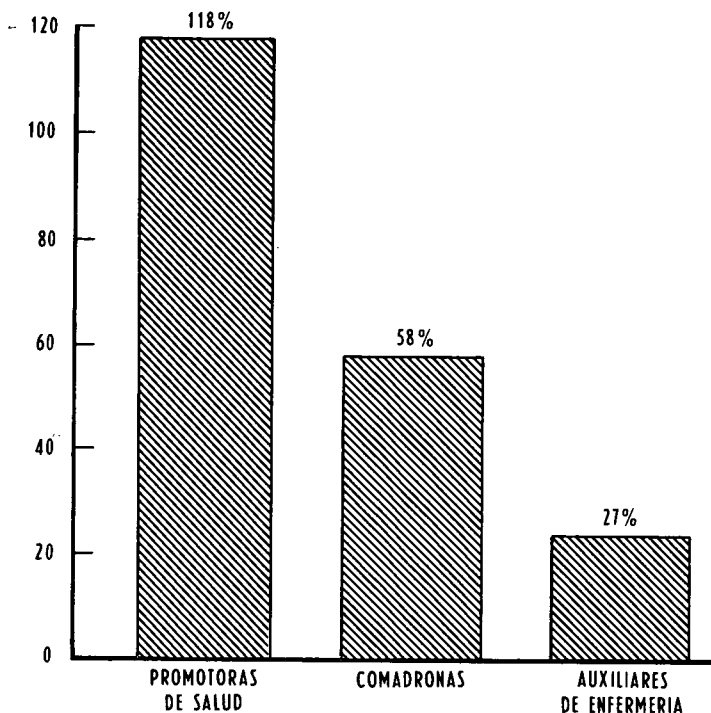
Las escalas para medir los niveles afectivo y psicomotor solo se aplicaron a 34 comadronas, obteniéndose un promedio de 91% y 79% respectivamente.

Al comparar el incremento del aprendizaje en el total del personal adiestrado, se observa que el aumento en las auxiliares de enfermería fue de 27%, en las promotoras de 118% y en las comadronas de 58% (figuras 1 y 2). El grado de experiencia previa en los tres tipos de personal adiestrado modificó el aprendizaje: el grupo que tenía experiencia previa (auxiliares de enfermería) obtuvo con la metodología de PRIMOPS un refuerzo del aprendizaje adquirido. El grupo con conocimientos mínimos (promotoras) sobre las tareas a desempeñar logró una adquisición total de nuevos conocimientos.

El haber obtenido en todos los grupos adiestrados valores porcentuales superiores al 70% fijado como límite mínimo sugiere que en la metodología experimentada por PRIMOPS el límite aceptable podría establecerse en 80%.

El método de instrucción programada se utilizó en el adiestramiento de dos grupos de auxiliares de enfermería, con un total de nueve personas. A cada uno de los grupos se les aplicó cinco unidades de instrucción programada, y se obtuvieron los siguientes resultados. En el primer grupo (seis auxiliares) el promedio porcentual del rendimiento alcanzado en la prueba inicial para las diferentes unidades fue de 66.83% y en la prueba posterior fue de 91.22%. El incremento

FIG. 2—Incremento porcentual alcanzado en el nivel cognoscitivo por el personal adiestrado en PRIMOPS, Cali, 1973-1974.



porcentual fue de 36%, el cual fue muy significativo al nivel de 0.001. En el segundo grupo (tres auxiliares) el promedio porcentual logrado en la prueba inicial para las cinco unidades fue de 65% y en la prueba posterior de 70%. El incremento porcentual fue de 8%, encontrándose que este no era significativo. Se supone que pudieran haber influido en estos resultados algunas circunstancias negativas, como el local inadecuado que se utilizó para el adiestramiento, problemas de salud en las participantes, dificultad para aceptar las normas del programa e inseguridad hacia el trabajo ocasionado por informaciones distorsionadas. El resultado obtenido por este grupo obligó a realizar un análisis de los incrementos alcanzados por estas tres auxiliares de enfermería en el área cognoscitiva durante el adiestramiento, encontrándose que el incremento no fue importante. Se observa claramente que en este grupo la metodología no mostró mayor beneficio en el aprendizaje, debido posiblemente a que las condiciones de las personas asistentes al adiestramiento no eran favorables, dados los factores mencionados anteriormente.

Los resultados obtenidos utilizando instrucción programada con tres grupos de promotoras urbanas de salud, (32 promotoras) fue el siguiente: el primer grupo alcanzó un incremento del 70%, el segundo logró un incremento de 160%, y el tercero de 63%. El incremento para los tres grupos fue muy significativo al nivel de 0.001.

Además de estos hallazgos, en todos los grupos fue evidente la aceptación del método de instrucción programada, debido a su constante requerimiento para incorporar un mayor número de temas con esta metodología. Lo anterior se constató mediante observaciones directas, entrevistas y análisis de pruebas escritas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta experiencia demostraron que en un tiempo relativamente corto (seis semanas en promedio) los participantes quedaron capacitados para desarrollar trabajos específicos en salud, la enfermera responsable de experimentar la metodología no requirió experiencia docente y la selección de sitios que reflejaran los ambientes reales contribuyeron al alcance de los objetivos propuestos. De lo anterior se puede concluir lo siguiente:

1. La metodología de adiestramiento programada y experimentada en PRIMOPS alcanzó en su totalidad los objetivos propuestos.

2. La metodología de adiestramiento elaborada en base a tareas específicas permitió desarrollar un plan de estudios orientado a capacitar al personal en los aspectos fundamentales requeridos para ejecutar su trabajo.

3. Al experimentar la metodología de adiestramiento se observó que todos los grupos sobrepasaron el nivel mínimo de rendimiento del 70%, por consiguiente para los próximos adiestramientos se sugiere elevar el nivel de rendimiento a 80%.

4. La metodología diseñada en PRIMOPS es efectiva para adiestramiento de personal no profesional de salud, con características heterogéneas de edad, escolaridad y experiencias previas en actividades de salud.

5. El haber evaluado el incremento del aprendizaje utilizando instrumentos diseñados para medir el alcance de los objetivos de la instrucción permitió valorar objetivamente el nivel de aprendizaje en todos los grupos.

Agradecimiento

Las autoras desean expresar su agradecimiento al Dr. Darío Restrepo, quien además de impulsar y motivar la idea de publicar este documento, brindó grandes aportes a él; a la Enfermera María Eugenia Casas, quien con su aporte crítico colaboró en la redacción del informe; a la Supervisora Educativa Luz Helena de Bruges, por su colaboración y

aporte en la elaboración de las pruebas de evaluación durante el adiestramiento del personal, y a las señoritas Esperanza Hoyos y Olga M. Arce, por su gran voluntad en la escritura del informe.

RESUMEN

El Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOPS) viene desarrollándose conjuntamente entre la Universidad del Valle y el Ministerio de Salud Pública de Colombia, a través de la Secretaría de Salud del Municipio de Cali. Fue diseñado para el área materno-infantil y se está llevando a cabo inicialmente en un sector marginado de la ciudad de Cali con una población de 100,000 habitantes. Los servicios de salud se brindan dentro de un sistema de regionalización institucional (hogar, puesto de salud y hospital universitario), y con un equipo formado por comadrona, promotora, auxiliar de enfermería, enfermera y médico, quienes ejecutan actividades de salud específicas para la madre y el niño. Como se trata de un programa donde se está experimentando una nueva metodología para brindar servicios de salud, utilizando para ello personal no profesional, se han programado y experimentado metodologías para los sistemas de información organizada de la comunidad, métodos para evaluar servicios de salud y formación de personal no profesional.

El presente trabajo da cuenta de los resultados obtenidos con la metodología de adiestramiento aplicada por PRIMOPS en la capacitación del personal no profesional que requiere el programa, como son: auxiliares de enfermería, promotoras de salud y comadronas. Se presentan los resultados obtenidos por un grupo de enfermeras al aplicar el modelo de adiestramiento en nueve auxiliares de enfermería, 54 promotoras de salud y 33 comadronas.

REFERENCIAS

- (1) *Primera Conferencia Panamericana sobre Recursos Humanos en Salud*. (Ottawa, septiembre de 1973). Washington, D.C. *Publicación Científica de la OPS* 279, 1974.
- (2) *Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial de la OPS* 118, 1973, págs. 13-17.
- (3) Horwitz, Abraham. "Planificando un nuevo decenio". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 75(4): 361-372, 1973.
- (4) "Programa de Extensión de Servicios de Protección Materno-infantil". Ministerio de Salud Pública, Bogotá, Colombia, mimeografiado.

- (5) Fernández, Beatriz de. "Programa de Formación de la Auxiliar de Enfermería". Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Colombia, mimeografiado.
- (6) Rueda, Beatriz y Cenaida Jaimes. "El Uso de Instrucción Programada en el Adiestramiento de Promotoras Rurales: Un Estudio de Costo-Efecto". Cali, Colombia, febrero de 1973, mimeografiado.
- (7) Aguirre, Alfredo. "Programa de Medicina Comunal de la División de Salud. Universidad del Valle". Cali, Colombia, julio de 1970, mimeografiado.
- (8) Ministerio de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina. *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. Métodos y resultados*. Bogotá, Colombia, enero de 1969.
- (9) Universidad del Valle, División de Salud, PRIMOPS, *Diseño del Modelo de Adiestramiento de Personal*. Cali, Colombia, 1973, varios documentos.

PROGRAM OF RESEARCH ON MODELS FOR THE DELIVERY OF HEALTH SERVICES—A NEW METHODOLOGY FOR THE TRAINING OF MIDWIVES, HEALTH PROMOTORS, AND NURSING AUXILIARIES IN A PUBLIC HEALTH PROGRAM (*Summary*)

A Program of Research on Models for the Delivery of Health Services (PRIMOPS) is being conducted jointly by the Cauca Valley University and the Colombian Ministry of Public Health through the Municipal Health Department of Cali, Colombia. Designed for the maternal and child health area, the program is being carried out initially in a low-income district of Cali which has a population of 100,000. Health services are furnished under a regionalized system using a team consisting of a midwife, a health promotor, a nursing auxiliary, a nurse, and a physician. These workers provide care specifically related to mothers and children drawing on the resources of the home, the local health station, and the university hospital. Since the program involves the testing of a new methodology of health services delivery which includes the use of nonprofessional personnel, community-organized information systems have been set up and tried on an experimental basis, as have methods for health services evaluation and personnel training.

PRIMOPS' experience with its methods for training nonprofessional program staff (nursing auxiliaries, health promotors, and midwives) is reviewed, and the results achieved by a team of nurses applying the training model to nine nursing auxiliaries, 54 health promotors, and 33 midwives are described.

PROGRAMA DE PESQUISA DE MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE—UMA NOVA METODOLOGIA PARA O TREINAMENTO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS, PROMOTORAS DE SAÚDE E AUXILIARES DE ENFERMAGEM (*Resumo*)

Através da Secretaria da Saúde do Município de Cali, Colômbia, a Universidade do Vale e o Ministério da Saúde desenvolvem em conjunto o Programa de Pesquisa de Modelos de Prestação de Serviços de Saúde (PRIMOPS). Destinado à área da saúde materno-infantil o programa está sendo executado num setor marginal de cidade de Cali com uma população de 100 000 habitantes. Prestam-se os serviços de saúde no âmbito de um sistema de regionalização institucional (lar, posto de

saúde e hospital unversitário) e com uma equipe assim formada: parteira tradicional, promotora, auxiliar de enfermagem, enfermeira e médico, que exercem atividades de saúde específicas para a mãe e a criança. Como se trata de um programa experimental de uma nova metodologia de prestação de serviços de saúde que se vale de pessoal não profissional, foram programadas e postas à prova metodologias para os sistemas de informação organizada da comunidade, métodos de avaliação de serviços de saúde e formação de pessoal não profissional.

O presente trabalho dá conta dos resultados obtidos como a metodologia de treinamento aplicada pelo PRIMOPS na capacitação do pessoal não profissional requerido pelo Programa, ou seja: auxiliares de enfermagem, promotoras de saúde e parteiras tradicionais. Apresentam-se os resultados obtidos por um grupo de enfermeiras na aplicação do modelo de treinamento a nove auxiliares de enfermagem, 54 promotoras de saúde e 33 parteiras tradicionais.

PROGRAMME DE RECHERCHE SUR DES MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ—NOUVELLE MÉTHODOLOGIE POUR LA FORMATION D'ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES, D'ANIMATRICES DE SANTÉ ET D'AIDES-SOIGNANTES (Résumé)

Le Programme de recherche sur des modèles de prestation des services de santé (PRIMOPS) est le fruit de l'effort commun de l'Université del Valle et du Ministère de la Santé qu' exécute le Secrétariat de la Santé de la Municipalité de Cali (Colombie). Ce programme a été conçu pour le secteur maternel et infantile et a lieu initialement dans une banlieue de la ville de Cali qui compte 100.000 habitants. Les services de santé sont assurés dans le cadre d'un système de régionalisation institutionnelle (foyer, poste de santé et hôpital universitaire) et par une équipe composée d'une accoucheuse traditionnelle, d'une animatrice, d'une aide-soignante, d'une infirmière et d'un médecin qui réalisent des activités de santé spécifiques pour la mère et l'enfant. Comme il s'agit d'un programme expérimentant une nouvelle méthodologie de prestation des services de santé, avec du personnel non professionnel, les intéressés ont programmé et mis à l'essai des méthodes pour systèmes d'information organisée de la collectivité ainsi que des méthodes permettant d'évaluer les services de santé et la formation du personnel non professionnel.

Le présent travail fait état des résultats obtenus avec la méthodologie de formation appliquée par le PRIMOPS pour entraîner le personnel non professionnel dont a besoin le Programme, à savoir: des aides-soignantes, des animatrices de santé et des accoucheuses traditionnelles. Il décrit les résultats obtenus par un groupe d'infirmières dans l'application du modèle de formation de neuf aides-soignantes, 54 animatrices de santé et 33 accoucheuses traditionnelles.

Comunicación y trabajo de equipo en un hospital moderno¹

DR. LUIS WEINSTEIN²

CONTRADICCIONES DE UN HOSPITAL MODERNO

Si entendemos por hospital moderno aquel que tiene “actualidad”, representación de las tendencias dominantes en medicina, lo debemos caracterizar simultáneamente como asiento de procesos de alta especialización y de otros de orientación globalizadora.

El hospital se sacude bajo la presión de la complejidad tecnológica, la sala de cuidados intensivos, la computación de toda la información, la investigación bioquímica, junto a la búsqueda de relación con los consultorios periféricos y la población, la introducción de servicios de psiquiatría, la preocupación por la personalidad y el mundo del enfermo, la complejidad “humanizadora”.

El hospital resume y simboliza la crisis que en ese sentido atraviesa toda la medicina, crisis de crecimiento que no permite un corte dilemático, la exclusión de la ciencia o del hombre integral, sino que requiere una síntesis creativa de conjunto.

En el camino hacia la solución de esos problemas es de fundamental importancia la visión integrada de los diferentes grupos de trabajo (administrativos, asistenciales, de docencia e investigación).

La percepción del hospital como una unidad frente a dificultades, a contradicciones, e inmersa en la sociedad, se complica con frecuencia por la presencia de intereses corporativos, grupales e individuales. La falta de comprensión de esos intereses y la de ubicación del hospital en una perspectiva general deteriora el trabajo y contribuye a erosionar las relaciones humanas y la satisfacción personal. La comprensión de los problemas del hospital como conjunto, ayuda al proceso de esclarecimiento de las dificultades de los diferentes equipos de trabajo que en él se desempeñan.

¹ Conferencia dictada en un Seminario sobre Integración Docente-Asistencial de un Hospital, auspiciado por la OPS/OMS, que se llevó a cabo en Buenos Aires en 1974.

² Profesor del Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, Argentina.

EL TRABAJO DE EQUIPO EN EL HOSPITAL

Un equipo es un grupo de personas que ha adquirido un determinado nivel en su interacción. El grupo pasa por un proceso, un desarrollo, antes de ser equipo, es decir, de tener una tarea y abordarla en forma organizada. El paradigma clásico es el equipo deportivo en el que una experiencia común y la planificación de la actividad lleva a establecer diferenciación de funciones, normas, tipos de conducción, patrones de evaluación, dentro de una tarea de conjunto.

Todo equipo presupone la existencia de varias dimensiones de la vida en grupo, "intencionalidad", organización, dinámica, tarea, productividad.

Un servicio hospitalario de alcoholismo, por ejemplo, tendrá como "intencionalidad" el tratamiento y rehabilitación de enfermos alcohólicos, la comunicación de las experiencias al resto del hospital, el perfeccionamiento en esa actividad, la docencia, la investigación, el aporte a la prevención del problema. Esa "intencionalidad" se diferencia en bases teóricas, cuerpos doctrinarios, propósitos, objetivos generales y específicos. En esa unidad existirá una organización humana y material para hacer frente a la tarea. Los pacientes y sus familiares serán recibidos al ingreso de una cierta manera; intervendrán en el asunto miembros de la población, personal auxiliar, alcohólicos recuperados, personal administrativo, asistentes sociales, internistas, psiquiatras, psicólogos. Todas las tareas se harán de acuerdo con determinadas pautas, en una estructura física definida. La organización se hará presente, "encauzando" la intencionalidad en todas las labores de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, comunicación, apoyo administrativo, investigación, docencia.

La vida del grupo comprende su dinámica externa e interna. La base de la dinámica externa está constituida por la relación real, concreta—más rica y más amplia que las formas organizativas—con las diversas dependencias del hospital, el público, los organismos que refieren o absorben a los enfermos, los contactos personales o familiares. La levadura de la dinámica interna está integrada por las variadas relaciones entre los miembros del equipo. La tarea es la actividad misma—escribir en la ficha, dar orientación, escuchar, establecer una relación, realizar una "tarea" física.

El centro de la actividad del grupo, de su praxis, de su productividad, es el resultado de la interacción entre la intencionalidad y el tamiz organizativo, traducido en la dinámica y la tarea, de acuerdo con la realidad del contacto humano, técnico, administrativo, político.

El problema de la productividad en un hospital es sumamente complejo. Cuando se trata de una industria privada, por ejemplo una fábrica de ladrillos, es posible establecer un criterio muy preciso de productividad: a mayor número de ladrillos producidos, más probabilidad de ganancia. Productividad y expectativa de ganancia se equiparan.

¿Qué es, sin embargo, productividad en una institución escolar? Sería difícil encontrar apoyo a una identificación de la misma con fines de lucro. El consenso puede encontrarse en torno a otras dimensiones, como las relativas a avances en el rendimiento y el desarrollo de la personalidad de los alumnos, influencia en las familias, en la comunidad, etc.

¿Qué es productividad para un equipo hospitalario? La respuesta variaría según los ángulos ideológicos con que ella se encare. En una clínica privada se podrá estimar que la productividad guarda relación con los ingresos. Un centro deformado en un sentido cientificista puede tener en consideración exclusivamente la innovación instrumental. En el sentido administrativo, puede que se quiera medir rendimientos en términos de ocupación de camas o número de pacientes, sin referencia a las necesidades que se han atendido, al "impacto" en la salud.

Por nuestra parte, pensamos que, en primer término, la productividad del equipo de salud de cualquier hospital debe considerarse en el contexto de lo que sucede en el hospital en su conjunto. Todo el hospital constituye un equipo, al modo que el del mundo deportivo. Los departamentos son subequipos, las "defensas" o el "ataque", en una visión de conjunto.

La productividad del hospital debe analizarse en términos de su influencia en la salud. El hospital no puede centrarse en la "producción" de dinero o de cifras, a riesgo de desfigurar una responsabilidad ética de fondo. El hospital es una "agencia" de salud. En ella debe ponderarse el efecto a corto y a largo plazo que tiene en la salud física y mental, la acción sobre los pacientes y sobre sus contactos. La productividad se evidencia en efectos sobre la salud, a través de las actividades de asistencia, administración, investigación, docencia, promoción, prevención y rehabilitación.

La falta de consenso sobre la naturaleza de la productividad del hospital, sus problemas de evaluación, sus tensiones, es un factor frecuentemente ignorado en los estudios sobre esta institución.

Opinamos que, junto a la "repercusión" que el hospital tiene en la salud de sus pacientes, a través de los múltiples canales indicados, el otro patrón de estudio de su productividad se relaciona con la

“realización” personal de los integrantes del mismo. Esta aseveración es, indudablemente, mucho más susceptible de crítica que la anterior. El punto de partida doctrinario es la necesidad de rescatar el carácter no enajenado de la práctica médica. Se trata de contribuir al proceso de liberación creativa general y en la salud, dando posibilidades de extender la tendencia habitual para que por lo menos un miembro del equipo de salud—el médico—se sienta identificado, no alienado, desempeñando su labor. La medicina comparte con el arte esta posibilidad de expresión y compromiso personal en la tarea que debiera ser universal.

Un hospital moderno debiera proveer medios para que todo el personal se sienta productivo: el cocinero, la auxiliar, el terapeuta ocupacional, el empleado de laboratorio, la enfermera, el oficial de contabilidad, el médico.

La identificación del individuo con la labor de todo el equipo de salud, a través del desarrollo de condiciones adecuadas para ello, lleva a un mayor o menor grado de “realización personal”, plano de productividad que se conjuga con el objetivo central de contribuir a la salud del enfermo.

LA COMUNICACION EN EL EQUIPO DE SALUD

Hemos mencionado algunos requerimientos importantes para la comunicación del equipo, la visión del hospital como grupo, la percepción de sus contradicciones básicas, el esclarecimiento ideológico con sus connotaciones en la noción de productividad.

Discutiremos ahora el concepto de comunicación. Esta comprende un plano cognoscitivo: el recibir y emitir mensajes a través de un determinado medio. Por ejemplo, en el caso de un servicio de cardiología, la comunicación comprende tener informaciones, y proporcionarlas, sobre avances en cardiocirugía o cuidados intensivos. Son importantes los mensajes, modulados armoniosamente, sobre el contexto administrativo, los adelantos científicos, las relaciones con la población, la productividad global y parcial, etc.

Existe también una comunicación afectiva constante entre los miembros del equipo, y con los jefes, con la dirección del hospital, con los otros servicios. Esas relaciones, de afecto, simpatía, competencia, extrañeza, desvalorización, admiración, son fuentes de disfunciones o de hiperdesarrollo en las interacciones intra e interequipos; el desarrollo de un hospital moderno obliga a considerarlas como parte de la

evaluación del avance en la tarea. La relación afectiva entre la auxiliar y el enfermo puede ser básica para que a este le resulte provechoso la estadía hospitalaria. La atmósfera afectiva en una intervención quirúrgica influye en la lucidez y oportunidad de decisiones de urgencia.

Cuando la comunicación cognoscitiva-afectiva se hace estable, se pasa a hablar de vínculos, los cuales deben evaluarse sobre la base de la corrección y oportunidad de los mensajes, y en lo que se refiere a sus tonalidades afectivas. Estos vínculos no permanecen estacionarios; maduran, se rigidifican, se deterioran. Corresponde a una política de comunicaciones dentro de un equipo el desarrollo de las relaciones en torno a la reciprocidad. La comunicación bien lograda es el gran motor del desarrollo en equipos tan diversos como el formado por una pareja heterosexual, un grupo deportivo y un hospital.

En el equipo hospitalario las relaciones están influidas por la variedad de líneas de comunicación a que está sujeto cada integrante del mismo, y que incluyen desde la propia dinámica personal, la comunicación consigo mismo, la relación interpersonal, la de tipo científico-técnica, la administrativa, la gremial.

No es raro que haya inconsistencia, por ejemplo, en el sentido de que la relación de dependencia administrativa no coincide con el punto de vista científico o técnico. Puede ocurrir que la mejor relación interpersonal se contraponga con las orientaciones de defensa de intereses gremiales, etc.

Intentaremos esquematizar las diferentes áreas de la problemática de la comunicación en los equipos de los hospitales modernos, de acuerdo con los tipos de temas involucrados.

En el trabajo médico hay algunos factores universales de tensión que pueden mantenerse dentro de ciertos límites por la adecuada canalización de la comunicación. En primer lugar, la propia complejidad de la tarea médica, que exige condiciones casi imposibles de obtener en forma concurrente: vigor, imaginación, capacidad de análisis, sensibilidad, memoria y voluntad de aprender. No es fácil concebir un equipo en que no existan problemas, porque flaquea o se hipertrofia alguna de las dimensiones del trabajo médico.

Otro plano conflictivo normal, antropológico, es el referente a la autoridad. En la tarea médica se asocia el desarrollo de la autoridad racional ligada al dominio de un campo de conocimientos y la práctica con el de la irracionalidad, deformación autoritaria por instrumentalización del poder y prestigio que tiende a dar la profesión.

En un acto quirúrgico hay necesidad de seguir pautas fijas e instrucciones de autoridad, pero al mismo tiempo es esencial escuchar

sin presiones, flexiblemente, las confidencias de los enfermos o miembros del equipo. Se trata de un área de frecuentes conflictos en que se acentúa esta vertiente básica de propensión al conflicto por la conocida presencia de una fuerte proporción de personalidades autoritarias en el medio de médicos y enfermeras, y por las diferencias en líneas de autoridad administrativas, científicas y gremiales.

Otro tipo de problemática médico-antropológico está dado por la coexistencia de funciones creativas, clínicas y de investigación, con otras de apoyo y de comunicación. Se hace difícil lograr trabajos de equipo, comunicación, si no se encara, como se ha dicho, la necesidad de respetar la naturaleza no alienada de la medicina, integrando en un trabajo de equipo, de manera solidaria y con imaginación, las funciones menos gratificadoras, como las administrativas y todo lo rutinario de los diversos campos.

Junto a estos problemas “universales”, debemos situar los aspectos específicos, propios del marco de la sociedad, de la institución en su conjunto, de subgrupos o individuos.

Entre los problemas de la sociedad comunes a todo el panorama médico, se encuentra la contradicción básica del hospital moderno y de todo el quehacer médico entre una visión parcelada en profundidad y una visión de amplitud globalizadora. También se destaca el contraste entre la tendencia a la eficiencia y el consenso progresivo sobre la importancia de la participación. En una primera etapa, a mayor participación corresponderá más necesidad de dedicar tiempo a la información y deliberación y transitoriamente menos eficiencia.

Hay una relación mucho más conocida entre el hospital como institución y el proceso social que vive un país. Así, la situación económica general, las relaciones de fuerzas dominantes, llevarán a una orientación de medicina social o liberal e influirán en las interacciones de los miembros.

Estos móviles de conflicto en las comunicaciones de orientación social o médico-antropológica se vinculan con las propias de la institución.

Entre los problemas propiamente institucionales se destacan los referentes a ideología—falta de delineamiento o inconsistencia ideológica. No es extraño, como se mencionó, que los problemas de comunicación de una dependencia o el conjunto hospitalario estén contaminados por la diferente interpretación de qué es lo que se persigue: lucro, “status”, obediencia burocrática o influencia real en la situación de salud.

Son básicos también los problemas económicos: las tensiones

surgidas por la falta de medios mínimos, remuneraciones insuficientes, dificultades provenientes de injusticias en la diferencia de salarios o ganancias, uso ilícito de fondos, o capitalización no justificada de contribuciones del público.

El análisis de todos estos aspectos es esencial en cualquier trabajo que se refiera a relaciones humanas en el hospital.

Muchas veces se instrumentalizan los programas de promoción de las relaciones humanas como medio de evadir la confrontación de situaciones objetivas de explotación económica, deficiencias administrativas, autoritarismo o inconsistencia ideológica.

Las relaciones humanas debieran ser, por el contrario, el conducto que haga posible el hacer frente a los muchos condicionamientos sociales y médico-antropológicos de esta actividad.

Es en ese contexto que adquieren todo su valor los grupos de comunicación. Su ubicación legítima no es la de "solucionadores" de todos los problemas, omnipotentemente, a través de las relaciones humanas. El objetivo debe ser el de facilitar el análisis de los múltiples problemas que pueden afectar a un equipo o al hospital en su conjunto, partiendo de una revisión de la productividad en que se examine la intencionalidad (ideología y objetivos), la organización, la dinámica y el cumplimiento de las tareas.

Los grupos de comunicación son los vehículos para la instrumentalización de la crítica y la autocrítica en la práctica hospitalaria. A través de ellos, el hospital se hace cargo del factor personal en la atención médica, en la relación con los pacientes, la dinámica de los grupos y el hospital-equipo.

A través del refinamiento de la comunicación cognoscitiva, la percepción de los afectos que se expresan, sienten e interpretan, el desarrollo de la confianza, y la clarificación de objetivos, normas, métodos, se va produciendo un proceso de crecimiento, de educación integral. Es una formación que parte de la necesidad de enfrentarse a las dificultades y a las contradicciones de un hospital moderno.

RESUMEN

En el artículo se señalan los problemas con que se enfrenta un hospital moderno, donde se resume la crisis que atraviesa la medicina en general. Para tratar de encontrar solución a esas dificultades es necesario un enfoque del hospital en su conjunto y del papel que le corresponde desempeñar en la sociedad. Fundamental importancia tiene en este caso

la visión integral de los diferentes grupos que trabajan en el hospital (administrativos, asistenciales, docentes, de investigación).

Se destaca que todo trabajo en equipo presupone la existencia de varias dimensiones, organización, dinámica, productividad. Se pone de manifiesto que es esencial la identificación de cada miembro del equipo con la labor de todo el grupo de salud, lo que lleva a un grado de "realización personal" que en última instancia se conjuga en el objetivo central de contribuir a la salud del enfermo.

Se refiere asimismo a los diferentes tipos de comunicación que se producen en el hospital, tanto entre los distintos departamentos del mismo como entre los integrantes de cada equipo que desempeña en él sus labores.

BIBLIOGRAFIA

- Aloisi, Berlinguer y otros. *Medicina y sociedad*. Barcelona, Editorial Fontanela, 1972.
- Coe, R. *Sociology of Medicine*. Nueva York, McGraw Hill, 1970.
- Rogers, C. *Grupos de encuentro*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1971.
- Geller, J. *Psicodrama y grupos de encuentro*. Caracas, Monte Avila, 1973.
- Fromm, E., *Etica y psicoanálisis*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1953.

COMMUNICATION AND TEAMWORK IN A MODERN HOSPITAL (Summary)

The problems facing a modern hospital, which mirror the crisis confronting medicine as a whole, are reviewed. In the search for solutions to these difficulties it is necessary to envisage the hospital in a larger context and examine the role it should play in society. And a comprehensive approach that takes into account all the different elements involved in the work of a hospital—administration, medical care, teaching, research—is fundamental.

All teamwork presupposes certain dimensional factors such as organization, dynamics, and productivity. And each member of the health team must identify with the work of the group as a whole, providing for a degree of "realization of individual potential" which ultimately comes together with the primary goal—namely to work toward the health of the patient.

The various forms of communication in the hospital, both between individual departments and between the members of each team that has a part to play, are also reviewed.

COMUNICAÇÃO E TRABALHO DE EQUIPE DE UM HOSPITAL MODERNO (Resumo)

Assinalam-se no artigo os problemas com que se defronta um hospital moderno, síntese da crise por que passa a medicina em geral. A fim de tentar encontrar uma solução para essas dificuldades é necessário encarar o hospital em seu conjunto e a função social que lhe corresponde. No caso, de fundamental importância é a visão integral dos diferentes grupos que trabalham no hospital (administrativos, assistenciais, docentes e de pesquisa).

Destaca-se que todo o trabalho em equipe pressupõe a existência de âmbito, organização, dinâmica e produtividade diversas. Salienta-se que é essencial que cada membro da equipe se identifique com a atividade de todo o grupo de saúde, o que conduz a um grau de "realização pessoal" que, em última instância, se conjuga com o objetivo central de contribuir para a saúde do paciente.

Faz-se também referência aos diferentes tipos de comunicação que ocorrem no hospital, tanto entre os seus diversos departamentos como entre os integrantes de cada equipe que nele desempenha suas funções.

COMMUNICATION ET TRAVAIL D'ÉQUIPE DANS UN HÔPITAL MODERNE (Résumé)

Dans le présent article, l'auteur énumère les problèmes auxquels se heurte un hôpital moderne, exemple même de la crise que traverse la médecine en général. Pour trouver une solution à ces problèmes, il convient d'examiner l'hôpital dans son ensemble ainsi que le rôle qu'il est appelé à jouer dans la société. A cet effet, la vision intégrale des différents groupes qui travaillent dans un hôpital (administration, traitement, enseignement et recherche) revêt une importance fondamentale.

L'auteur souligne que le travail d'équipe présuppose l'existence de plusieurs dimensions: organisation, dynamique et productivité. Il affirme qu'il importe d'identifier chaque membre de l'équipe au travail du groupe de santé, permettant ainsi d'obtenir un degré de "réalisation personnelle" qui en dernier ressort s'incorpore à l'objectif principal: contribuer à l'amélioration de la santé du patient.

Enfin, l'auteur se réfère aux différents types de communication qui existent dans l'hôpital, tant entre les différents départements qu'entre les membres de chaque équipe qui y travaille.

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE
LIBROS DE TEXTO DE LA OPS/OMS PARA LA

Enseñanza de la introducción a la enfermería*

INTRODUCCION

El Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Introducción a la Enfermería se reunió en Washington, D.C., del 5 al 9 de noviembre de 1973. El objetivo de la reunión fue analizar la enseñanza de esta materia en las escuelas de enfermería de América Latina, y formular recomendaciones sobre el contenido de los programas, métodos de enseñanza y sistemas de evaluación, así como sobre posibles libros de texto y fuentes de consulta que más se adaptan a la realidad latinoamericana.

Como Presidenta de la reunión fue elegida la Srta. Soledad Sánchez Puñales y como Relatoras las Srtas. Eliana Gaete Quezada y María Galí Olivencia.

LA ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

La meta de la educación es contribuir a que la persona desarrolle al máximo sus potencialidades para que obtenga la mayor satisfacción posible en el desempeño de sus funciones, tanto presentes como futuras.

Antes de entrar a discutir la enseñanza de introducción a la enfer-

*Apareció originalmente como *Publicación Científica de la OPS 303* (1975).

El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Sra. Wanda de Aguiar Horta, Universidad de Sao Paulo, Brasil; Srta. Ligia Barrera Becerra, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; Srta. Violeta Burgos Jara, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F.; Sra. Gloria A. Drogo, Universidad de Rosario, Buenos Aires; Srta. Eliana Gaete Quezada, Universidad Católica de Chile, Santiago; Srta. María Galí Olivencia, Universidad Nacional de Costa Rica, San José y Srta. Soledad Sánchez Puñales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. De la OPS/OMS estuvieron presentes: la Srta. Margaret C. Cammaert, y la Srta. Olga Verderese, Departamento de Servicios Técnicos Especiales.

mería en las escuelas, el Comité analizó algunas de las tendencias y problemas más importantes en relación con la formación de enfermeras en América Latina, por considerar que un programa necesita ser revisado dentro del contexto general del plan de estudios de la carrera.

Tendencias

El volumen creciente de conocimientos científicos ha hecho que la ciencia se divida y subdivida en un proceso de análisis y de especialización. No obstante, debe tenerse en cuenta que el análisis y la síntesis deben mantenerse siempre juntos. El aumento de las especialidades ha traído como consecuencia la necesidad de crear teorías holísticas a fin de integrar los conocimientos de las distintas ciencias en una ciencia general. Esta tendencia se refleja aún más en las profesiones de la salud, ya que estas tienen como centro de atención al hombre como ente bio-psico-social.

La educación en enfermería, desde sus orígenes, a pesar de estar dirigida hacia la atención del individuo enfermo, se preocupó porque se incluyeran los aspectos psicosociales en los programas de estudio y en la práctica de enfermería. Sin embargo, en la formación de la enfermera ha faltado una concepción holística de las profesiones de la salud y una concepción de que la enfermedad no es un episodio aislado del contexto del hombre.

La integración gradual de las escuelas de enfermería dentro del sistema de educación ha contribuido a la obtención de mejores recursos humanos y materiales y, consecuentemente, a una formación científica más sólida. Esta formación capacita a la enfermera para asumir funciones cada vez más complejas ante la colectividad.

La integración en el currículo de enfermería de conceptos y habilidades derivados de la administración, la didáctica, la salud mental, la prevención y la rehabilitación han ampliado la percepción del posible alcance de la práctica de enfermería.

El enfoque integral en la atención de enfermería, intra y extra hospitalaria, en contraposición al enfoque funcional (administrativo), demanda cambios en la preparación de la enfermera a fin de dar a esta una mayor competencia clínica.

Las crecientes demandas de atención de salud por parte de la colectividad han traído como consecuencia la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios y de incluir en ellos nuevos tipos de personal. Esto, a su vez, requiere de los profesionales, especialmente de las enfermeras,

una constante revisión de sus funciones, reorientación y delegación de actividades, y adaptación a nuevas funciones.

La delegación de responsabilidades al personal auxiliar o a otro grupo ocupacional exige que la enfermera profesional tenga mayores conocimientos de las necesidades de salud, y capacidad para el análisis crítico, la planificación y la toma de decisiones.

Actualmente se observan dos tendencias evolutivas en relación con las funciones de la enfermera profesional. Ambas han sido objeto de grandes debates. La primera contempla la ampliación de las atribuciones de la enfermera profesional a fin de que desempeñe un mayor número de funciones médicas. Paulatinamente la enfermera vendría así a ejercer las labores de un "asistente médico".

La segunda tendencia—defendida por algunas autoridades en la materia, y compartida por los miembros del Comité—postula que la enfermera debe profundizar en su propio campo para convertirse en una especialista en la atención de enfermería. Esto requiere el desarrollo de un conjunto de conocimientos específicos relativos a la enfermería como ciencia. La enfermería está tratando de desarrollar sus propias teorías, a la vez que busca la manera de constituir un cuerpo de conocimientos específicos que no sean únicamente la suma de hechos y principios derivados de otras ciencias. Asimismo, intenta caracterizarse por un sistema conceptual del cual se derivan las generalizaciones hipotéticas y los principios unificadores esenciales para guiar la práctica.

La enfermería ha avanzado desde una era precientífica a una era científica y humanista. Es conveniente que ella misma determine sus propios límites de actuación en el contexto de las relaciones de colaboración que establece con otras profesiones de salud. La preocupación fundamental de la enfermería hoy día consiste en colocar en uno de sus más altos niveles de prioridad las necesidades de salud de la colectividad.

Problemas

Dicotomía entre educación y servicios de enfermería

Son numerosos los casos en que ni las escuelas ni los servicios de enfermería cuentan con una filosofía y con objetivos capaces de orientar el desarrollo de los programas respectivos. En general, los objetivos no están claramente definidos ni concuerdan con la dinámica de la sociedad, las transformaciones sociales, las demandas y necesidades de

salud y las de educación de la colectividad. A menudo los servicios de enfermería no consideran la responsabilidad que les incumbe en la formación de personal, ni tampoco las instituciones educativas tienen en cuenta las que les corresponde en la prestación de servicios.

En algunos lugares hay cierto grado de incongruencia entre lo enseñado a los estudiantes y la realidad con que se enfrenta la enfermera en el ejercicio de su profesión, lo cual crea conflictos en el estudiante recién graduado. El hecho de que el cuerpo docente se dedique casi exclusivamente a la enseñanza, alejándose del ejercicio profesional, provoca esta situación.

Por lo general, los estudiantes no tienen oportunidad de observar a la enfermera o profesora como modelo de la práctica de enfermería y el modelo que se le presenta no favorece la imagen del profesional que se pretende formar.

Las escuelas procuran actualmente orientar a los estudiantes para que desarrollen al máximo sus potencialidades para actuar como líderes y agentes de cambio a fin de responder a las demandas crecientes y variables de los servicios de salud. Sin embargo, las estructuras de los sistemas sociales vigentes, en particular los de salud, así como el tradicionalismo y la situación de dependencia que caracterizó a la enfermería en el pasado y que aún persiste, constituyen obstáculos, a veces insuperables, para que las enfermeras tengan acceso a los niveles de decisión y puedan asumir las funciones para las cuales las escuelas procuran formarlas.

Los factores mencionados están condicionados a la dicotomía existente entre la enseñanza y la práctica profesional.

Desequilibrio entre recursos y necesidades de la enseñanza

En la mayoría de las escuelas hay un verdadero desequilibrio entre los recursos educacionales (financieros, humanos, materiales y de campos clínicos) y las necesidades de la enseñanza. En algunas de ellas existe una presión constante por parte de las autoridades de educación y de salud para que admitan a un mayor número de alumnos, excediendo, en ciertos casos, la capacidad docente prevista.

La provisión de oportunidades de aprendizaje se encuentra afectada muchas veces por el creciente número de estudiantes de enfermería y de disciplinas afines que utilizan los mismos campos de práctica, ya que existe la tendencia de concentrar a los estudiantes en los hospitales-escuelas o en los centros de salud mejor equipados.

Además, la estructura administrativa de los servicios de enfermería en general no está organizada en función de la población. El trabajo de enfermería se centraliza en torno a las actividades médicas y administrativas, y la delegación de tareas al personal auxiliar es cuestión de rutina. Dicho en pocas palabras, las necesidades de atención de la colectividad se relegan a un plano de menor importancia. Mientras la meta de la educación en enfermería es ayudar al estudiante a enfocar la atención en la persona, en la familia, en la comunidad y en la satisfacción de sus necesidades, en la práctica no se le da a este la oportunidad de observar este tipo de atención dada por la enfermera, lo que hace pensar al estudiante que esta es una actividad que debe realizar solo como parte de su experiencia de aprendizaje, pero que como profesional sus funciones serán otras y la atención directa de enfermería se delega al personal auxiliar.

La disponibilidad insuficiente de libros y otras publicaciones técnicas en español y portugués limitan los recursos bibliográficos para la enseñanza y la investigación en la América Latina. La ausencia de material audiovisual y de material de autoenseñanza favorece el uso de los métodos docentes tradicionales.

Marco conceptual, funciones de la enfermera y objetivos del programa

Marco conceptual

La formulación del currículo es un proceso que supone una relación dialéctica con la sociedad en la que está inserto; es decir, contribuye a que la sociedad se modifique pero a la vez está condicionado por esta.

El proceso de planificación curricular sólo resultará útil en la medida en que promueva los cambios que contribuyan a lograr el bienestar general de la población. Sin embargo, el Comité reconoce que a menudo la educación formal contribuye a reforzar o a dar rigidez a los sistemas vigentes y sólo se limita a recoger con retraso los nuevos valores y conocimientos adquiridos.

El primer paso en la formulación de un currículo es el establecimiento de un marco conceptual donde se consideren, entre otros, los siguientes aspectos:

- Comprensión del hombre como ser bio-psico-social.
- Imagen de la sociedad a que aspira.
- Conceptualización de la enfermería.
- Imagen del papel de la enfermera en la sociedad.
- Teoría educacional.

Estos valores se relacionan entre sí y configuran el marco conceptual que orientará todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Funciones de la enfermera

La atención de la salud es un problema multiprofesional que concierne a todos los profesionales y trabajadores del campo de la salud, al propio individuo, a su familia y a la colectividad, pues no es de naturaleza exclusiva de ninguna profesión. Todos los miembros del equipo de salud comparten las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud. La enfermera, como integrante del equipo, tiende en todas sus acciones al fomento, protección y reparación de la salud de la persona, la familia y la comunidad.

Las funciones que desempeña la enfermera pueden clasificarse en dos grandes rubros: funciones específicas y funciones complementarias.

Las funciones específicas de la enfermera consisten en prestar asistencia al individuo, a la familia y a la comunidad en relación con sus necesidades básicas de salud. Son éstas funciones las que distinguen a la enfermera de los demás profesionales de salud, pues constituyen el núcleo de sus quehaceres. Al proporcionar asistencia o atención al individuo, la familia y la comunidad en la satisfacción de las necesidades básicas de salud, la enfermera hace, ayuda, informa, orienta, enseña y supervisa. Además, coordina con otros trabajadores de salud los aspectos de la atención que les compete.

Las funciones complementarias de la enfermera incluyen:

- Docencia (formación y adiestramiento de personal de enfermería y enseñanza de enfermería a otros trabajadores de la salud).
- Administración (planificación y administración de servicios de enfermería y participación en la planificación general del sector salud).
- Investigación (realización de investigaciones sobre enfermería y participación en investigaciones multidisciplinarias en salud y otras áreas del conocimiento).
- Participación en organismos profesionales y en la solución de la problemática de su gremio.
- Control del ejercicio profesional.

Objetivos del programa

El objetivo general de un programa educacional para preparación de enfermeras debe ser contribuir a la formación de un profesional consciente de sus responsabilidades, con una comprensión del hombre como

unidad bio-psico-social, y con capacidad para promover y participar, a través del desempeño de sus funciones, en los cambios y modificaciones necesarios para asegurar el bienestar y progreso de los individuos y comunidades.

A fin de lograr este objetivo, la enfermera debe estar capacitada para proporcionar ayuda programada y continua a las personas—a través de un proceso interpersonal y significativo—en cualquier momento de su ciclo vital, cuando se encuentran limitadas o incapacitadas en la satisfacción de las necesidades indispensables para mantener y recuperar la salud.

De este objetivo general se desprenden los objetivos específicos que reflejan la conducta final deseada, que emergen de la interrelación del marco conceptual establecido con las características relevantes de la sociedad, del educando, del cuerpo de conocimientos científicos existentes, y de las funciones que deberá desempeñar como profesional.

Cualquiera que sean los objetivos que se formulen, estos requieren en mayor o menor grado el desarrollo de habilidades tales como:

- Observación (directa, indirecta, formal o informal).
- Comunicación (interpersonal y comunicación terapéutica).
- Aplicación de los principios científicos.
- Creatividad (el uso de la imaginación, que es fundamental para las investigaciones y el progreso profesional).
- Trabajo en equipo (inherente a la atención de salud).
- Planificación (organización sistemática de sus actividades de trabajo).
- Evaluación (incluyendo la autoevaluación y la de otros, con objetividad y juicio crítico).

Estos aspectos son esenciales para la utilización del método científico y la solución de problemas básicos en el desempeño de las funciones de enfermería.

LA INTRODUCCION A LA ENFERMERIA EN EL CURRICULO DE LAS ESCUELAS

En la mayoría de las escuelas de América Latina, actualmente se acepta que el estudiante se inicie en el ciclo de enfermería profesional con el programa de “introducción a la enfermería”, tradicionalmente conocido como “fundamentos de enfermería”. En esta disciplina, que es la primera etapa en el marco estructural de la escuela, es donde se imparten las bases conceptuales de la enfermería, las cuales se van

ampliando gradualmente a través del desarrollo de programas sucesivos de enfermería.

Con esta materia el estudiante se introduce en el conjunto de valores que integran la filosofía de la escuela y constituyen el marco conceptual del currículo. La percepción gestáltica de lo que es la enfermería, sus funciones, su metodología de trabajo y sus instrumentos se presentan al estudiante para que él pueda visualizar su papel como futuro profesional.

El tradicionalismo en la enseñanza de la introducción a la enfermería

La falta de un concepto de lo que debe constituir la introducción al estudio de la enfermería hace que se continúe programando esta materia de una forma tradicional, esto es:

1. Poniendo énfasis en la enseñanza de procedimientos relacionados con la atención de enfermos.
2. Incluyendo numerosos cursos o materias no relacionados entre sí, lo cual consume más tiempo y no favorece la integración y aplicación de los conocimientos.
3. Usando el laboratorio (sala de técnicas) de manera indiscriminada para la realización de procedimientos en clase, previamente a su implementación en el campo de práctica.
4. Utilizando los libros o manuales de procedimientos como fuente principal de referencia para la enseñanza.
5. Usando los exámenes como el principal método de valoración del rendimiento y aprovechamiento de los estudiantes, además de una evaluación unilateral por la profesora o el estudiante, orientándose a objetivos distintos.
6. Utilizando instrumentos para evaluar la teoría y la práctica clínica en forma aislada y, con frecuencia, excluyendo al estudiantado en la evaluación del programa y del personal docente.

Modalidades en la organización del programa de introducción a la enfermería

De acuerdo con la filosofía que se adopte como fundamento para la formulación del currículo y en función de la singularidad en la aplicación de criterios para la selección y organización de experiencias educativas y contenido, es posible que las divisiones tradicionales de asignaturas de enfermería sufran cambios diversos. Se reconoce que las diferentes materias de un plan de estudios deben tener coherencia lógica dentro del contexto del mismo. En consecuencia, existe la alternativa de que introducción a la enfer-

mería o fundamentos de enfermería no se constituya como una asignatura.

Los fundamentos de una profesión emergen de diferentes ciencias y por lo tanto pueden desarrollarse a través de diversas materias. Así por ejemplo, el inicio en el uso de habilidades para resolver problemas puede incluirse en un curso de metodología científica y luego en las diferentes asignaturas de enfermería se dará la oportunidad y se ayudará al estudiante a transferir sus habilidades al "proceso de enfermería". Del mismo modo la enseñanza de las necesidades básicas de la persona puede ser parte del programa de ciencias sociales.

Sin embargo, las experiencias de aprendizaje deben favorecer que el estudiante transfiera lo aprendido a la atención de enfermería.

La otra modalidad de organización implica que el contenido programático puede organizarse como una asignatura aparte, denominada introducción a la enfermería o fundamentos de enfermería, o como primera parte de un programa general de enfermería. La ubicación de este programa estaría determinada por los conocimientos básicos que requiera el estudiante para utilizar de la mejor manera las experiencias educativas ofrecidas en el mismo.

La modalidad de organizar esta parte del programa como una entidad hace que el estudiante observe desde un principio todos los elementos que contribuyen a la atención de enfermería integrada y centralizada en el hombre como un ser holístico.

LA ENSEÑANZA DE LA INTRODUCCION A LA ENFERMERIA COMO ASIGNATURA

Objetivos generales del programa

El Comité sólo consideró la formulación de los objetivos generales del programa, reconociendo que de estos deberán derivarse objetivos más específicos, que en términos de la conducta final esperada determinen el grado de competencia que se desea lograr en cada uno de los aspectos enunciados.

Al finalizar el programa se espera que el estudiante sea capaz de:

1. Demostrar conocimientos de la naturaleza y funciones de la profesión de enfermería.

2. Reconocer la importancia de las necesidades básicas del ser humano como una unidad bio-psíquico-social.
3. Conocer la naturaleza del proceso salud-enfermedad.
4. Conocer la dinámica de las relaciones interpersonales y tener habilidad en la aplicación de estos conocimientos para el establecimiento de una relación significativa¹ con individuos y grupos de la comunidad.
5. Conocer la problemática de salud del país y la responsabilidad de la enfermería en participar en el mantenimiento, fomento, restauración de la salud y prevención de la enfermedad.
6. Demostrar conocimiento y habilidades necesarios para iniciarse en la aplicación del proceso de enfermería en la atención prestada al individuo, familia y colectividad.
7. Demostrar destreza en la aplicación de los conocimientos y principios científicos involucrados en las técnicas y medidas comunes a la atención de enfermería del individuo sano o enfermo.
8. Orientar al paciente y a la familia en relación con el plan de cuidados y asistirlos para obtener continuidad del cuidado utilizando los distintos recursos de la comunidad.

Contenido y experiencias de aprendizaje

Se presenta a continuación, en forma esquemática, una guía de posibles puntos del contenido para un programa de introducción a la enfermería, y se sugieren las experiencias de aprendizaje para los mismos.

El contenido y las experiencias de aprendizaje se derivan de los objetivos definidos para el programa de introducción a la enfermería, que a su vez son el reflejo de los objetivos del programa general, del marco conceptual y de las funciones y competencia esperadas de la enfermera.

En la selección y organización del contenido y experiencias de aprendizaje se consideraron también los siguientes criterios:

- Partir siempre de lo simple a lo complejo; de lo aparentemente normal a lo patológico; de lo general a lo particular.
- Énfasis en la adquisición de conocimientos y principios, más que en el desarrollo de procedimientos y técnicas.
- Enfoque de la enseñanza de procedimientos como un instrumento que contribuye al acercamiento y satisfacción de las necesidades de las personas

¹Se considera relación significativa a las relaciones interpersonales de ayuda y asistencia para el bienestar del individuo y su familia. Incluye además la relación con otros miembros del equipo de trabajo que contribuyen al bienestar de individuo y grupos. En términos generales, la idea es distinguir esta relación de cualquier acercamiento de tipo social.

en contraposición con la enseñanza de enfermería centrada en procedimientos.

- Énfasis en la adquisición y aplicación de los conocimientos y las habilidades que son comunes a la prestación de cuidados generales de enfermería a personas supuestamente sanas o enfermas.
- Centralización de las experiencias en situaciones reales de aplicabilidad futura.
- Énfasis en generalizaciones científicas en contraposición al saber enciclopédico.

Sugerencias para la organización del programa

Se sugiere el siguiente esquema para la organización de un programa de introducción a la enfermería como una de las asignaturas del plan de estudios.

A. Conceptos fundamentales de enfermería

- Enfermería y su naturaleza.
- Funciones de la enfermera.
- Teorías de enfermería.

B. El ser humano como unidad bio-psico-social

- Su naturaleza.
- Necesidades humanas a través del ciclo vital; factores bio-psico-sociales que inciden en su génesis, manifestaciones y satisfacción.

C. Proceso de enfermería

- Concepto.
- Etapas operativas.

D. Relación de la enfermera con personas y grupos

- Formas de comunicación e interacción.
- Relación significativa y terapéutica.
- Dinámica de la relación significativa.

E. Ciclo salud-enfermedad

- Concepto de salud-enfermedad.
- Homeocinesia en el ciclo salud-enfermedad.
- Niveles de prevención.
- Nivel de salud de la comunidad y características del sector salud.
- El equipo de salud y la función de la enfermera.

F. Atención de enfermería en el nivel de prevención primaria

- Medidas higiénicas.
- Medidas de protección específica.

G. Atención de enfermería en el nivel de prevención secundaria y terciaria

- La persona en situación de enfermedad.
- Ambiente terapéutico.
- Asistencia del enfermo en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Medidas para disminuir la progresión de la incapacidad.
- Papel de la enfermera frente a las enfermedades agudas, las crónicas y a la muerte.

Experiencias de aprendizaje

Se sugieren algunas experiencias de aprendizaje que pueden ser utilizadas en relación con el contenido expuesto.

A. Conceptos fundamentales de enfermería

- Observación de actividades de la enfermera en diferentes campos de actividad y entrevistas con personal de enfermería.
- Análisis de teorías de enfermería.
- Análisis del concepto de enfermería.
- Debate multidisciplinario sobre funciones del personal de salud y papel de la enfermera en el equipo de salud.

B. El ser humano como unidad bio-psico-social

- Asignación bibliográfica, presentación y discusión posterior.
- Estudios dirigidos sobre el ser humano como unidad bio-psico-social.
- Análisis y discusión de la "Declaración Universal de los Derechos Humanos".
- Observación de conducta de individuos y grupos en las distintas etapas de crecimiento y desarrollo.
- Autoanálisis e identificación de sus propias necesidades básicas.
- Identificación de las necesidades básicas de individuos y grupos de la comunidad seleccionados.
- Análisis de características bio-psico-sociales en las distintas etapas del ciclo vital.

C. Proceso de enfermería

- Participación en la atención de individuos sanos y enfermos mediante la aplicación de las etapas del proceso de enfermería (en asignación individual, o en grupo con asesoramiento docente, o del personal de los servicios).

D. Relación de la enfermera con personas y grupos

- Observación y registro de situaciones donde está involucrada la relación enfermera-paciente, enfermera-grupo de individuos, etc. Interpretación del proceso de relación interpersonal observado.
- Registro de sus entrevistas con individuos seleccionados, seguidas de discusión y análisis con el profesor (individuales o en grupo).
- Participación en talleres y laboratorios de relaciones humanas.

E. Ciclo salud-enfermedad

- Análisis del sistema de salud y de la problemática de salud existente en el país.
- Visitas a instituciones de salud de la comunidad.
- Mesas redonda integradas por miembros del grupo de salud para analizar su respectiva participación en la atención de salud.
- Análisis e interpretación de información existente sobre problemas de salud de la comunidad. Participación en encuestas para detectar problemas de salud y probables factores condicionantes en grupos de población seleccionados.

F. Atención de enfermería en el nivel de prevención primaria (Observación y colaboración en exámenes periódicos de salud):

- Control de signos vitales.
- Recolección de muestras de laboratorio de rutina para exámenes periódicos de salud.
- Somatometría.
- Participación en la enseñanza del público sobre medidas higiénicas y de seguridad.
- Aplicación de medidas preventivas específicas, tales como inmunización y aplicación de pruebas de susceptibilidad.

G. Atención de enfermería en el nivel de prevención secundaria y terciaria

- Interacción con distintos enfermos y familiares para analizar su reacción a la situación de enfermedad y a los factores bio-psico-socioculturales que influyen en la misma.
- Observación y participación en el proceso de admisión y hospitalización.
- Observación y participación en la atención de individuos con condiciones crónicas, y aplicación de fundamentos de rehabilitación.
- Discusión sobre problemática de la cronicidad y de la muerte.
- Observación y participación en la asistencia del individuo en las siguientes áreas de necesidades básicas: aseo corporal, movilización, descanso, sueño, alimentación, hidratación, eliminación, seguridad física y emocional, recreación, comunicación, necesidades espirituales.

En cuanto a la aplicación de medidas terapéuticas tales como administración de medicamentos y tratamientos, su inclusión en el programa dependerá del marco de referencia utilizado para la organización del contenido.

Métodos de enseñanza

Crterios generales para la selección de los métodos de enseñanza

Actualmente se considera que la metodología empleada para la enseñanza es tan importante como el contenido a ser enseñado. Urge,

por tanto, renovar y diversificar los métodos didácticos. Los medios audiovisuales, cuya variedad es cada vez mayor, y los métodos de autoaprendizaje se han empleado relativamente poco en la enseñanza de la enfermería hasta hace algunos años. Sin embargo, los medios audiovisuales no han de considerarse un fin en sí; son únicamente instrumentos destinados a facilitar el aprendizaje.

Los métodos en general, deberán ser capaces de provocar suficiente motivación para dirigir al estudiante a su autoaprendizaje, a la investigación, a la utilización del método científico o de resolución de problemas y al desarrollo del juicio crítico y de evaluación.

Los métodos activos, en todas sus modalidades, deberán prevalecer en la enseñanza de introducción a la enfermería. Todo aprendizaje implica un cambio de comportamiento y es autoactivo, dependiendo, por consiguiente, de la participación del estudiante y de su interacción con las fuerzas presentes en la situación de aprendizaje.

Las situaciones problema y los estudios de casos pueden servir para el desarrollo del contenido de una unidad o del programa y como elemento conectivo y unificador para las experiencias de aprendizaje.

Cuando esta técnica incluye actividades en grupo a través de discusiones en comisiones como en el método de asignación múltiple, el estudiante probablemente aprenderá una manera eficiente de trabajar en equipo y desarrollar el liderazgo.

La utilización de la planificación sistemática de las actividades por parte del estudiante favorecerá la implantación de este proceso.

Características deseables de los campos de práctica

En la selección de campos de práctica para la enseñanza de introducción a la enfermería, se ha de considerar que estos favorezcan una variedad de aprendizajes de acuerdo con los objetivos propuestos.

El contacto temprano con los objetos de la atención de enfermería (individuo, familia y comunidad), con las funciones de la enfermera y los servicios de salud, estimulará el interés del alumno. El estudiante debe sentirse individualmente responsable de su participación y parte integral del grupo de trabajo del servicio.

El campo de práctica debe proporcionar oportunidad para que el estudiante desarrolle habilidad para observar diferentes personas, con sus distintas reacciones, y también debe dar oportunidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar los cuidados prestados a los individuos.

El campo de práctica debe ofrecer un ambiente físico y un clima emocional que refuerce el aprendizaje y favorezca la labor docente.

Los campos seleccionados deben reflejar la problemática de salud existente en el país y el tipo de atención ofrecida. La creación de hospitales o centros modelos para la enseñanza tiende a crear situaciones artificiales y no prepara al estudiante para las situaciones con que se tendrá que enfrentar cuando se gradúe.

La asignación de responsabilidades o tareas debe ser una actividad conjunta del profesor y del estudiante. El conocimiento por parte del profesor de las aspiraciones, temores, puntos fuertes y debilidades del alumno, así como la identificación por parte de los estudiantes de sus necesidades de aprendizaje son esenciales en la planificación de cualquier asignación.

Es necesario evitar la repetición sin un objetivo específico, procurando siempre experiencias que permitan progresar; de lo contrario los alumnos perderán el interés y tenderán a realizar sus actividades de manera rutinaria.

Evaluación

La evaluación es parte integral de todo el proceso de aprendizaje, y debe utilizarse no solo para medir el progreso del aprendizaje del alumno sino para medir la efectividad del profesor, del programa y de todo el marco educacional.

A partir de los resultados de la evaluación se realizarán los cambios necesarios en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La evaluación de la enseñanza de introducción a la enfermería incluye los siguientes aspectos aplicables a cualquier asignatura:

- Evaluación del progreso del estudiante.
- Evaluación del programa.
- Evaluación del cuerpo docente.
- Evaluación de los instrumentos utilizados en la propia evaluación.

Evaluación del estudiante

Los instrumentos de evaluación deben ser diseñados por todo el personal docente a fin de identificar el grado de integración alcanzado por el estudiante desde el punto de vista de la conducta esperada. Esos instrumentos deben determinarse para cada uno de los objetivos específicos.

En la evaluación del estudiante en introducción a la enfermería hay que considerar la situación de un individuo que se enfrenta por primera vez con situaciones en que se prestan cuidados de enfermería y hay que determinar el comportamiento mínimo que se desea alcanzar. Debe planificarse la evaluación para obtener datos en forma continua y progresiva, en vez de realizar evaluaciones ocasionales, a la vez hay que establecer una relación profesor-alumno que permita la observación directa de la conducta esperada.

Se destaca la observación del progreso del estudiante en la aplicación del proceso de enfermería para la atención de las necesidades básicas del individuo, así como del grado de participación y aporte en actividades de grupo.

La evaluación debe realizarse por todos los que participan en el proceso educativo. Se recomienda el uso de variados instrumentos de evaluación tales como:

- Anecdotario.
- Hoja de incidentes críticos.
- Registro de procedimientos.
- Pruebas objetivas.
- Observación.
- Entrevistas.
- Interrogatorios orales o escritos.
- Trabajos especiales, individuales y de grupo.
- Autoevaluaciones, que ayudan al estudiante a formar un juicio crítico de sí mismo y de su aprendizaje, así como a identificar sus problemas y necesidades.

Evaluación del personal docente

En general el profesorado centra más sus evaluaciones en el resultado del aprendizaje que en el proceso de enseñanza.

La evaluación del profesor deberá incluir esencialmente el tipo de relación desarrollada con los estudiantes, con otros docentes y con el personal de los campos clínicos, así como su capacidad profesional y docente, grado de responsabilidad e interés con que asume la tarea.

La evaluación del profesor resultará de: su propia evaluación (autoevaluación), la evaluación hecha por los estudiantes en coparticipación con él, así como la evaluación hecha por las demás personas que, de alguna manera, participaron en la enseñanza.

Estas tres formas de evaluación se dan de manera natural y simultánea cuando el docente ha incorporado el hábito de analizar de manera sistemática el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje y del proceso de enfermería, con todos los que participan en esta tarea.

Evaluación del programa

La evaluación del programa comprenderá aspectos relativos a objetivos, contenidos, experiencias, metodología y recursos.

En relación con los objetivos, se analizará su consistencia con la filosofía y objetivos del programa general, en qué grado fueron ellos alcanzados dentro del tiempo propuesto, y en qué medida su enunciación fue clara y precisa.

Con relación al contenido y experiencias de aprendizaje, se valorará el grado de correspondencia con los criterios adoptados para su selección y en qué grado fueron realizadas, considerando los recursos y el tiempo previsto, y fundamentalmente, en qué medida contribuyeron al logro de conductas esperadas.

Respecto a la metodología de la enseñanza, se analizará la variedad y efectividad de los métodos utilizados, así como su grado de adecuación a los recursos existentes.

Con relación a los recursos, se analizará en qué medida se dispuso de los necesarios en cantidad y calidad.

Evaluación de los instrumentos de evaluación

Se deberá determinar el grado de validez, confiabilidad y consistencia de los instrumentos, así como la variedad de los instrumentos utilizados.

RECOMENDACIONES SOBRE LIBROS DE TEXTO Y FUENTES DE MATERIAL AUDIOVISUAL

La literatura en español o portugués sobre introducción a la enfermería o fundamentos de enfermería es limitada. Los libros actualmente existentes no están actualizados, lo cual constituye un obstáculo para el aprendizaje de esta materia.

La mayor parte de las fuentes de consulta se limitan a manuales de técnicas o libros de procedimientos, perpetuando de este modo el tradicionalismo de la enseñanza y el énfasis en procedimientos.

El Comité, después de considerar las funciones y características de un libro de texto, presentadas en el informe del Comité sobre Enseñanza de Enfermería Medicoquirúrgica,² los objetivos y el contenido del

²Publicación Científica de la OPS 242 (1971), 13-14.

programa de introducción a la enfermería, y después de examinar y revisar detalladamente los libros de texto existentes, destacó los siguientes puntos:

1. Un libro de texto no debe constituir la única fuente de información o referencia.
2. No hay en español, portugués o inglés, un libro que abarque un porcentaje importante del contenido sugerido para esta materia.
3. Existen varios libros que contemplan distintos aspectos del programa de introducción a la enfermería con mayor o menor grado de amplitud, profundidad y adaptabilidad para las escuelas de América Latina.
4. El enfoque de los aspectos socioculturales, así como el tipo de recursos descritos para la atención de la salud en la literatura existente en esta área, no son aplicables a la realidad latinoamericana.
5. Hace falta contar con un libro de texto adaptado a las condiciones de salud y socioculturales de América Latina y que responda en gran parte a los objetivos de la enseñanza de introducción a la enfermería.

Basados en las consideraciones anteriores y los problemas mencionados para la enseñanza de esta materia, el Comité acordó recomendar los siguientes libros de texto, hasta que no se publique uno con las características señaladas en el punto 5.

1. Nordmark, Madelyn T. y Anne W. Rohweder. *Scientific Foundations of Nursing*. 2ª edición. Filadelfia, J. B. Lippincott Co., 1967.

Se consideró que este libro incluye una fundamentación científica holística que sirve de base para la atención de enfermería, satisfaciendo adecuadamente este aspecto del programa. Por lo tanto, debe ser uno de los textos de introducción a la enfermería. Además, por sus características es de aplicabilidad para las diferentes áreas de enfermería.

2. Koziar, Barbara B. y Beverly W. Du Gas. *Introduction to Patient Care*. 2ª edición. Filadelfia, W. B. Saunders Co., 1972.

Este libro se seleccionó por considerársele el más adecuado para complementar el libro de Nordmarck, ya que focaliza los aspectos de la atención de enfermería propiamente dicha sin hacer de las técnicas el centro del cuidado. Además, contiene en cada capítulo objetivos específicos y orientación para la enseñanza; estimula el autoaprendizaje y presenta una amplia referencia bibliográfica.

Con estos dos libros como texto, el Comité estima que se puede atender de una manera razonable las necesidades actuales de la enseñanza de introducción a la enfermería, contribuyendo así al mejoramiento del proceso enseñanza-aprendizaje de la misma.

A continuación se presenta una relación de libros de texto y fuentes de material audiovisual que pueden servir como material de referencia.

- Abdellah, F. F. *et al. Patient-Centered Approaches to Nursing*. Nueva York, MacMillan Co., 1968.
- Anderson, Maja C. *Basic Patient Care—A Programmed Introduction to Nursing Fundamentals*. Filadelfia, W. B. Saunders Co., 1965.
- Beland, Irene. *Clinical Nursing*, 2ª edición. Nueva York, MacMillan Co., 1971.
- Byers, Virginia. *Nursing Observation*. Dubuque, Iowa, W. C. Brown Co., 1968.
- Culver, Vivian M. *Modern Bedside Nursing*, 7ª edición. Filadelfia, W. B. Saunders Co., 1969.
- Evans, Frances M. *Psychosocial Nursing: Theory and Practice in Hospital and Community Mental Health*. Nueva York, MacMillan Co., 1971.
- Fischer, Valentina y Arlene F. Connoly. *Promotion of Psychological Comfort and Safety*. Iowa, W. C. Brown Co., 1970.
- Francis, Gloria M. y Bárbara A. Munjas. *Promotion of Psychological Comfort*. Iowa, W. C. Brown Co., 1970.
- Fuerst, Elinor V. y L. Wolff. *Fundamentals of Nursing*, 5ª edición. Filadelfia, Lippincott Co., 1969.
- Gordon, David C. *Overcoming the Fear of Death*. Nueva York, MacMillan Co., 1970.
- Gragg, Shirley H. y O. Rees. *Scientific Principles in Nursing*, 6ª edición. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1970.
- Johnson, Mae M. *et al. Problem Solving in Nursing Practice*. Iowa, W. C. Brown Co., 1970.
- Kron, Thora. *Communication in Nursing*, 2ª edición. Filadelfia, W. B. Saunders, 1972.
- Levine, Myra E. *Introduction to Clinical Nursing*. Filadelfia, F. A. Davis Co., 1969.
- Lewis, Garland K. *Nurse-Patient Communication*, 2ª edición, Iowa, W. C. Brown Co., 1973.
- Mathoney, Ruth V. *Fundamentals of Patient-Centered Nursing*, 3ª edición. St. Louis, C.V. Mosby Co., 1972.
- Mitchell, Pamella. *Concepts Basic to Nursing*. Nueva York, McGraw Hill, 1973.
- Orem, Dorothea E. *Nursing: Concepts of Practice*. Nueva York, McGraw Hill, 1971.
- Orlando, Ida Jean. *Dynamic Nurse-Patient Relationship*, 2ª edición, Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1972.
- Price, Alice. *Tratado de enfermería*, 3ª edición. México, D.F., Editorial Sudamericana, 1966.
- Seedor, Marie M. *Introduction to Asepsis*, 2ª edición. Filadelfia, Lippincott Co., 1969.
- Spencer, May y Katherine M. Tait. *Introduction to Nursing*, 2ª edición. Filadelfia, F. A. Davis Co., 1970.
- Travelbee, Joyce. *Interpersonal Aspects of Nursing*, 2ª edición. Filadelfia, F. A. Davis Co., 1971.
- Yura, Helen y Mary B. Walsh. (editores). *The Nursing Process*, 2ª edición. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1973.

Fuentes de material audiovisual

Directions for Education Via Technology, D.E.N.T. (Programa Audiovisual en Educación de Enfermería)

Appleton-Century Crofts
Educational Division
Meredith Corporation
440 Park Avenue South
Nueva York, Nueva York 10016

Blakiston Division
McGraw-Hill Book Company
300 West 42nd Street
Nueva York, Nueva York 10036

Películas: Series sobre Introducción a la Enfermería (en inglés)

- (9) a. Mecánica corporal aplicada a la enfermería.
- (6) b. Procedimientos de seguridad en el hospital.
- (4) c. Procedimientos de distribución o servicio de alimentación.

Películas:

American Journal of Nursing Company
Educational Services Division
Audiovisuals Publications 1972
American Journal of Nursing Company
10 Columbus Circle
Nueva York, Nueva York 10019

Federal Advisory Council of Medical Training Aids
Film Reference Guide for Medicine and Allied Sciences.
Publicación 487 del Servicio de Salud Pública de los E.U.A.
Government Printing Office
Washington, D.C., 1970

National Audiovisual Association Inc.
The Audiovisual Equipment Directory
National Audiovisual Association
Fairfax, Virginia

National Medical Audiovisual Center
1970 N.M.A.C. Catalog
National Library of Medicine
Bethesda, Maryland 20014

Lippincott Learning System
East Washington Square Nursing Series
Desarrollado y Programado por la Escuela de Enfermería
Milwaukee, Universidad de Wisconsin
Directora del Proyecto: Elizabeth A. Krueger

Reseñas

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL EN MEXICO¹

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco, ha iniciado un proceso de transformación educativa en lo que se refiere a la relación Universidad-contexto social. Dentro de tal enfoque adquiere singular relevancia el tratamiento de los problemas de salud y atención médica que afectan a vastos sectores de la población.

Respondiendo a las necesidades nacionales y latinoamericanas en general, la UAM, Unidad Xochimilco, estableció un Programa de Maestría en Medicina Social orientado a generar una producción teórico-práctica sobre los aspectos socioeconómicos relacionados con la salud y a desarrollar, por otra parte, recursos humanos capacitados en la investigación, planificación y docencia.

OBJETIVO DEL PROGRAMA DE MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

El objetivo del Programa es formar personal capacitado en:

1. Teoría social y metodología de la investigación social aplicada a las ciencias de la salud.
2. Estudio, análisis e interpretación de las siguientes relaciones:
 - Salud y sociedad, en especial lo referente a distribución de la enfermedad en formaciones sociales específicas y los determinantes estructurales de la morbimortalidad.
 - Práctica médica y sociedad, expresada en las diferentes actividades que histórica y socialmente desarrolló la medicina (cuidado, cura, prevención, formación de personal, investigación, etc.).
 - Saber médico y sus formas de transmisión.
 - Educación en ciencias de la salud y estructura social.
3. Concepción, planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud.
4. La transmisión del conocimiento sociomédico en el ámbito académico y, en especial, a la población.

METODOLOGIA DEL PROGRAMA

Durante la realización del Programa se promoverá una creciente integración entre investigación y aprendizaje, tendiente a obtener de cada experiencia de trabajo cotidiano una consiguiente experiencia de aprendizaje.

¹Documento preparado por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

A tal efecto se utilizarán técnicas educativas que promoverán una activa y precoz relación de los participantes con la realidad estudiada, a través de trabajo en grupos, seminarios, talleres, prestación de servicios, etc. El sentido general de tal metodología es el de limitar la influencia de los métodos usados hasta el presente, que establecen mecanismos de transmisión del conocimiento caracterizados por una apropiación individualista así como utilización parcial de la información.

El tipo de trabajo a realizar demandará de los participantes dedicación de tiempo completo. El tiempo será distribuido en actividades de lectura, trabajo en grupos, participación en seminarios o tareas docentes.

El programa educacional se ha dividido en dos ciclos, cubriendo ambos una duración total de dos años lectivos (21-22 meses).

PRIMER CICLO

El primer ciclo tendrá una duración de 14 meses y en él se abordarán unidades en torno a grandes áreas en las que se verifica la relación entre estructura social y salud. Para el análisis y solución de problemas a plantearse dentro de dichas áreas se utilizará el aporte de diferentes disciplinas y conocimientos técnicos específicos.

Los participantes, divididos en grupos, abordarán el estudio de problemas concretos dentro de cada unidad, realizando trabajos de investigación con la asesoría permanente de un docente y el aporte de seminarios y talleres para temas que en la práctica se reflejen como necesarios.

Será función de los docentes la preparación de materiales necesarios para cada unidad, así como también la planificación de la estructura educativa de las mismas y, por último, la evaluación de los trabajos que cada grupo de alumnos o cada alumno realice para las unidades respectivas.

Las unidades serán las siguientes: 1) saber médico; 2) distribución y determinantes de enfermedad; 3) práctica médica, y 4) educación en ciencias de la salud.

Saber médico

Esta unidad tendrá una duración de tres meses.

Corresponde al estudio histórico de la evolución del conocimiento sociomédico, y en ella se analizarán los mecanismos de articulación con la formación social correspondiente y con otras áreas del conocimiento científico.

Comprenderá talleres y seminarios sobre teoría social, lógica, epistemología, técnicas de investigación, e historia social, con los que se facilitará a los participantes la interpretación del proceso en estudio.

Distribución y determinantes de la morbimortalidad

La unidad tendrá una duración de cuatro meses.

Partiendo de dos principios: a) historicidad de la enfermedad como fenómeno social y b) historicidad de la concepción de enfermedad, se estudiarán la manifestación real de la enfermedad en sociedades concretas y las concepciones ideológicas que de ellas emanaron.

Para el análisis de la enfermedad como fenómeno social se tendrán en cuenta la existencia de patrones diferenciales de morbimortalidad en distintos tipos de sociedad (grado de desarrollo de las fuerzas productivas, "modernización", tipo dominante de producción, etc.). Asimismo se particularizará el estudio de formaciones sociales, señalando la influencia que en el patrón de morbimortalidad tienen aspectos tales como: relaciones sociales y fuerzas productivas, desarrollo científico, distribución y relaciones de producción, papel del Estado.

En cuanto a las concepciones de salud y enfermedad, se destacarán sus variaciones según modo de producción, criterios explicativos dominantes (monocausalidad *versus* causalidad estructural), y concepciones hegemónicas del hombre y su actividad.

Para el estudio y explicación de los aspectos mencionados será necesario el aporte de disciplinas tales como demografía, epidemiología, sociología, epistemología, estadística, etc.

Práctica médica

En el desarrollo de esta unidad, que tendrá una duración de cuatro meses, se estudiará la evolución histórica de las diferentes prácticas propias de las profesiones de la salud, distinguiendo sus componentes formales e institucionales de los informales y populares. Para cada sociedad o período considerado se determinará la relación entre las diferentes instancias que corresponden a la práctica profesional (atención individual, salud pública, formación de recursos humanos e investigación) especificando los efectos que produce la hegemonía de cada una de las mismas.

Dentro de esta unidad será objeto de estudio la forma institucional de la práctica médica y sus alcances contemporáneos. Para cubrir esta unidad serán necesarios aportes provenientes de la economía política, administración, ciencias políticas, derecho, sociología y psicología institucional, y antropología social.

Educación en ciencias de la salud

Esta unidad tendrá una duración de tres meses.

Dada la importancia que tiene la formación del recurso humano para la salud, se estudiarán los componentes histórico-sociales de esta práctica y la posibilidad de nuevos mecanismos de transferencia de conocimientos en materia de salud a sectores sociales necesitados. La contribución disciplinaria estará dada por: teoría de la comunicación, historia social, ciencias de la educación y sociología educacional.

SEGUNDO CICLO

El segundo ciclo de la maestría en medicina social estará caracterizado por la realización por parte de los participantes de investigaciones especializadas y de mayor alcance. Inicialmente se proponen tres áreas de profundización, con una duración de cinco a seis meses: formación de recursos humanos, epidemiología y política de la salud.

En cada una de ellas los participantes llevarán a cabo seminarios, talleres y actividades de profundización, generando asimismo conocimientos teóricos y metodológicos en torno a la realidad estudiada; los productos de este ciclo serán relacionados en lo posible a la actividad posterior del participante. Asimismo se reservan dos meses para la elaboración de un proyecto de trabajo o investigación que el participante podría realizar terminada la maestría que será su última evaluación y paso para un grado académico superior.

Dada la estructura de este segundo ciclo es posible la inclusión en sus respectivas especializaciones de actividades que la Universidad brinde como servicios a diferentes sectores.

Dentro de los servicios que la Universidad, a través de la maestría en medicina social, puede brindar a la comunidad—instituciones oficiales, organismos sindicales, poblaciones rurales, etc.—estaría comprendido el tratamiento de problemas de interés nacional tales como: condiciones de salud, funcionamiento de servicios y personal en el medio rural, salud maternoinfantil, salud ocupacional, etc.

Estas actividades permitirán una mayor participación del posgrado en necesidades comunitarias concretas.

CRITERIOS DE ADMISION

Los criterios de admisión serán los siguientes:

1. Los participantes en la maestría en medicina social deberán acreditar estudios de licenciatura en carreras del área de la salud (medicina, odontología, enfermería, etc.) o ciencias sociales (antropología, sociología, psicología, etc.). Graduados de otras áreas serán considerados por el Comité de Admisión.
2. Se deberá presentar una solicitud de admisión con descripción de antecedentes educativos y profesionales al Comité de Admisión designado por la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM, Unidad Xochimilco.
3. El Comité de Admisión celebrará entrevistas de evaluación con los postulantes.

ASIGNACION DE CREDITOS

El Programa de Maestría comprenderá 200 créditos educacionales, los que serán divididos en los dos ciclos, cuya distribución se indica en el cuadro 1.

CUADRO 1—Distribución de créditos en el Programa de Maestría.

	1 ^{er} Ciclo	2 ^o Ciclo
No. de trimestres	4	3
Hora de trabajo semanal	40	40
Porcentaje de tiempo por actividad		
Asistencia a clases*	45%	30%
Trabajo de campo	28%	40%
Trabajo individual	27%	30%
Crédito por trimestre	25	25
Créditos por proyecto final		25
Total de créditos	100	100

*Incluye seminarios, talleres, conferencias.

COSTO DEL PROGRAMA

El costo de inscripción a cada ciclo de la maestría será de \$500 pesos. El costo en término de créditos educativos para cada trimestre será de \$1,250 pesos para estudiantes mexicanos.

BECAS

La Organización Panamericana de la Salud ofrece becas a estudiantes latinoamericanos, las cuales deberán ser solicitadas a través de los respectivos Gobiernos. Los estudiantes mexicanos podrán contar con el respaldo de sus propias instituciones educativas o de servicios o del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).²

ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DE MEXICO³

El Primer Seminario sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en Escuelas y Facultades de Medicina de México fue organizado por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y coordinado por el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, con la asesoría de la OPS/OMS. Tuvo por objeto el intercambio de información y experiencias entre los participantes y el diseño de unidades de enseñanza de acuerdo con los

² Los postulantes pueden solicitar mayor información sobre el programa a la División de Ciencias Biológicas y de la Salud y al Departamento de Servicios Escolares de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Calzada del Hueso y Canal Nacional, Xochimilco, D.F. México.

³ Reseña del Primer Seminario sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en Escuelas y Facultades de Medicina de México, celebrado en Guadalajara, Jalisco, del 19 al 23 de agosto de 1974.

criterios que se sustentaran en la reunión. Asistieron a él representantes de diferentes escuelas de medicina de México.

El Seminario se inició con una sesión plenaria en la que se analizaron las distintas opiniones existentes acerca del concepto de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Se estimó que hasta el presente la participación de las ciencias sociales en la formación del médico no ha estado, por lo general, integrada al diagnóstico y tratamiento de problemas. Por lo tanto se seleccionaron cuatro temas fundamentales con base a los cuales se trataría de elaborar modelos educacionales que incorporen criterios de integración interdisciplinaria en la capacitación del estudiante de medicina: 1) factores sociales en el perfil de morbilidad; 2) aspectos sociales de los medicamentos; 3) proceso de industrialización y medicina, y 4) instituciones y práctica médicas.

Antes de iniciar el examen de los temas, los grupos de trabajo consideraron el marco teórico de las ciencias sociales aplicadas a la salud en un debate general cuyos puntos esenciales se resumen a continuación.

MARCO TEORICO DE LAS CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LA SALUD

Al analizar las tendencias de la práctica médica que han prevalecido en las diferentes sociedades, se puso de manifiesto un claro paralelismo entre los conceptos de salud y enfermedad y la estructura social.

Así, durante un largo período anterior al desarrollo de la sociedad industrial, el componente biológico fue fundamental en el concepto de salud y enfermedad, que consideraba a las alteraciones del organismo humano como puramente biológicas.

Durante las convulsiones sociales que ocurrieron en Europa a mediados del siglo pasado (consolidación del proceso de la revolución industrial) algunos científicos establecieron la relación entre medicina y ciencias sociales en forma integrada. Este enfoque, sin embargo, no tuvo en aquel entonces mayor trascendencia, pues quedó restringido a una concepción funcionalista.

A partir de la Segunda Guerra Mundial—y como producto de la fuerte presión de los trabajadores organizados y de las consecuencias propias de la guerra—el factor social se incorporó explícitamente al concepto de salud y enfermedad como queda establecido en la definición de la Organización Mundial de la Salud, que integra los factores biológico, psíquico y social. En los últimos años se ha producido una fuerte presión por el crecimiento progresivo de los llamados grupos marginales que ha motivado los programas de medicina comunitaria.

Se puso de manifiesto que en la actualidad existe una corriente en plena evolución que estudia la problemática de la salud y la enfermedad relacionada al contexto social en que se desarrolla.

También se destacó el paralelismo existente entre los cambios que han habido en las materias de la llamada área social del currículo de medicina y el desarrollo histórico del concepto de salud y enfermedad.

Se insistió en que en la preparación de los futuros médicos el estudio de las

ciencias sociales no debe motivar la incorporación de una materia más en su ya sobrecargado currículo, sino que su enseñanza debe estar implícita en cada una de las materias.

A partir de este análisis, se inició el examen de los temas, que se resume a continuación.

TEMA 1: FACTORES SOCIALES DEL PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

Como primer paso, se adoptó el concepto de salud siguiente: la salud es la resultante de la lucha del hombre por transformar la naturaleza y la sociedad, lo que se traduce en un estado biológico, psicológico y social denominado "normal", determinado socialmente. En consecuencia, la salud es un valor histórico y cultural que ha de establecerse de acuerdo con la etapa y las necesidades sociales del momento.

Se analizó la estructura de la Universidad y sus relaciones con la estructura social, con el fin de enmarcar la unidad docente en una realidad concreta, elaborar un plan realista y factible de aplicar a corto plazo, y considerar los cambios necesarios en la enseñanza de la medicina para dotar al estudiante de una formación que le permita comprender la salud, la enfermedad y la medicina en una forma integral, y utilizar el método científico para abordar el estudio de la realidad.

Se procedió entonces a diseñar la unidad docente correlacionando el perfil de morbimortalidad con la desnutrición y con los aspectos sociales, en los términos siguientes.

Con base en las estadísticas oficiales disponibles, el alumno analizará:

- El lugar que ocupa la desnutrición entre las 10 principales causas de defunción y morbilidad.
- Los factores que determinan la disponibilidad de los alimentos (producción, transporte y distribución).
- Los factores que determinan la accesibilidad de los alimentos (nivel de ingreso de la población, precios de los alimentos, niveles de escolaridad, hábitos alimentarios).

Igualmente se estudiarán los diferentes conceptos sobre clase social.

En el desarrollo de este trabajo se contará con la actividad de un pequeño grupo en donde el alumno desarrolla su propia experiencia. El grupo estará formado por fisiólogos, patólogos, nutricionistas, clínicos, sociólogos. Los contenidos de cada disciplina se establecerán en función de la integralidad del conocimiento.

Los alumnos, distribuidos en grupos pequeños, realizarán actividades de investigación, las cuales pueden consistir en el estudio de una muestra de un grupo de personas (enfermos desnutridos de hospital o escolares), cuyas familias serán objeto de entrevistas domiciliarias. Los propios alumnos formularán el diseño de su investigación, incluso formularios sencillos de encuesta para entrevistas. Realizarán en las familias una investigación de morbilidad de los 15 días anteriores y de mortalidad por un período que pudiera ser de un año, y tomarán datos para un

estudio nutricional de la familia y de los factores relacionados con su alimentación (culturales, económicos, educativos, sociales). Por último, con el auxilio de un estadístico, procesarán la información obtenida.

También podrán realizar el estudio de un caso de desnutrición, para lo cual registrarán los datos generales del enfermo (edad, sexo, clase social, etc.), así como el estado nutricional de los diferentes miembros de la familia, etc.

El alumno realizará sus actividades en el aula, la biblioteca, en el consultorio del centro de salud u hospital y en la comunidad.

TEMA 2: ASPECTOS SOCIALES DE LOS MEDICAMENTOS

Se analizó la producción, distribución y consumo de medicamentos dentro del llamado acto terapéutico, con sus cuatro componentes básicos: curación, promoción y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad. Se revisó la proporción de cada uno de esos componentes en cada período histórico y de acuerdo a los intereses predominantes.

Se señaló que la medicación (que es eminentemente curativa) ha venido cobrando cada vez más importancia hasta llegar a englobar casi todo el acto terapéutico. Además, en el proceso de transformación del medicamento de valor de uso en valor de cambio, se pasó de la fase en que el médico recolectaba las materias primas y procesaba el producto, a la fase artesanal, después a la fase manufacturera, y finalmente a la industrial. De esta manera el médico fue enajenado de la producción de medicamentos y muchas veces puede quedar convertido en un promotor del sector industrial. Asimismo se destacó que en la conducta prescriptiva, además de los factores científicos, influyen factores económicos y sociales que poco tienen que ver con la problemática de salud y enfermedad. Los medicamentos van al mercado para satisfacer la demanda real, pero también existe la demanda inducida, en la cual el profesional de salud puede desempeñar un papel fundamental.

Con base en la discusión de los conceptos anteriores, se procedió al diseño del siguiente modelo de enseñanza-investigación sobre aspectos sociales de los medicamentos:

1. Investigación de los patrones de consumo por grupos sociales:
 - Investigación de campo, por subgrupos, de los patrones de consumo de medicamentos (familias y farmacias de diferentes áreas y grupos sociales).
 - Análisis conjunto de los resultados.
 - Planteamiento de un nuevo problema.
2. Propiedades farmacológicas de los productos:
 - Investigación bibliográfica.
 - Discusión en seminario (diseño de prácticas de laboratorio).
 - Ejecución y discusión de prácticas de laboratorio.
 - Planteamiento de un nuevo problema.
3. Características de la prescripción:
 - Investigación bibliográfica sobre patrones de prescripción de los médicos.
 - Análisis de historias clínicas relacionadas con el grupo de medicamentos.
 - Discusión en panel multidisciplinario de las conductas de prescripción.
 - Planteamiento de un nuevo problema.

4. Factores que determinan los patrones de prescripción:

- Revisión bibliográfica sobre propaganda en general y medios masivos de comunicación.
- Investigación individual sobre la propaganda médica de los medicamentos estudiados y de otras formas de presión de los laboratorios sobre los médicos.
- Discusión de grupo sobre demanda real e inducida de los medicamentos, y en panel multidisciplinario, de la relación entre perfil epidemiológico, aspectos sociales, farmacológicos y clínicos de los patrones de prescripción y consumo.
- Planteamiento de un nuevo problema.

5. Producción social de medicamentos:

- Revisión bibliográfica de los aspectos históricos de la producción de medicamentos hasta llegar a la industria farmacéutica actual, analizando la procedencia de sus conexiones con otros consorcios financieros.
- Trabajo de campo: visitas de todo el grupo a los laboratorios de la industria o a sus representantes locales, en donde se llenará una hoja de encuesta previamente establecida.
- Discusión general de grupo.

El modelo permitirá dar al estudiante información y práctica sobre la forma en que la estructura social puede condicionar los patrones de consumo, prescripción y producción de los medicamentos y demostrar la articulación entre la práctica médica y las ciencias sociales. Asimismo, el modelo puede ubicarse en materias diferentes, por ejemplo en alguna de las materias de ciencias sociales aplicadas a la medicina o en farmacología. Requiere, en todo caso, una participación multidisciplinaria.

TEMA 3: PROCESO DE INDUSTRIALIZACION Y MEDICINA

Se analizaron los antecedentes históricos de la medicina del trabajo. Se establecieron los siguientes temas prioritarios de investigación, dada la escasa información existente sobre los mismos:

1. El desarrollo de servicios de atención médica en el área ocupacional y su relación con la estructura social.
2. Aparición y evolución de la medicina ocupacional en México; su incorporación al currículo médico, y en el posgrado.
3. Morbilidad por riesgos ocupacionales.

Se propuso el diseño de una unidad didáctica y de investigación que genere información y sea a la vez un instrumento educativo de importancia. La unidad fue elaborada según los principios educativos siguientes: promover la integración de aspectos sociales y biológicos y aspectos básicos y clínicos; relacionar la teoría con la práctica, y lograr que el alumno sea orientador de su propia educación, y el profesor, un asesor.

La unidad consta de tres etapas: investigación, seminario de análisis y proposición de soluciones y su aplicación.

INVESTIGACION

<i>Fase de desarrollo</i>	<i>Asesoría</i>	<i>Aprendizaje esperado</i>
Marco teórico de riesgos profesionales	Experto en medicina del trabajo	Conceptualización de los riesgos profesionales
Formulación de hipótesis	Coordinador del grupo	Elemento del método científico
Variables:	Coordinador fisiólogo	Elementos de semiología y fisiología del trabajo
a) Indicadores de salud		
b) Indicadores sociológicos	Psicólogo social	Medición de variables sociales
c) Ecológicas del centro laboral	Experto en seguridad industrial	Identificación y cuantificación de causas de riesgo profesional
Determinación de muestra y procesamiento de datos	Estadístico y epidemiólogo	Elementos de estadística
Análisis de datos	Coordinador	Método científico
Presentación del informe final	Coordinador	Síntesis y redacción

SEMINARIO DE ANALISIS Y RESULTADOS

Conceptualización de salud, enfermedad y su relación con el contexto social	Coordinador	Toma de conciencia de la relación entre la estructura social y medicina
Presentación de conclusiones	Coordinador	Síntesis y redacción

PROPOSICION DE SOLUCIONES Y SU APLICACION

Planteamiento de soluciones

Diseño de requerimientos	Experto en seguridad industrial	Elementos de seguridad industrial
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

A continuación se enumeran los requisitos para la realización de una investigación de morbimortalidad en un centro laboral:

1. El equipo estará integrado por estudiantes de primer año de medicina, enfermería, trabajo social, fisioterapia y nutrición, y contará con un coordinador.
2. Se seleccionará un centro laboral cercano al centro de estudios.
3. El centro laboral deberá contar con un grupo de trabajadores que constituyan una muestra representativa por número de trabajadores y alto riesgo profesional.

4. El trabajo se realizará en coordinación con las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en su sección de Medicina del Trabajo y las de la institución laboral correspondiente.

Se procederá a la divulgación de los resultados a obreros, autoridades de empresas y escuelas de medicina. De acuerdo con los resultados obtenidos, se iniciará una fase de información y adiestramiento sobre salud y trabajo a los obreros, como labor social del estudiante.

TEMA 4: INSTITUCIONES Y PRACTICA MEDICA

Se analizaron las concepciones referentes a la salud y la práctica médica en cada período histórico. Se reconoció que la práctica médica se constituye paulatinamente en institución conforme la organización social se perfecciona y adquiere complejidad. Se establece entonces la medicina liberal y se concentra la atención de la enseñanza-aprendizaje de la profesión en la medicina curativa y, consecuentemente, en las actividades hospitalarias.

El grupo decidió diseñar las unidades de enseñanza para el estudio de las instituciones médicas dividiendo estas en instituciones educativas e instituciones asistenciales.

Se formularon las siguientes consideraciones generales sobre la elaboración de la unidad:

- Es de primordial importancia que en el desarrollo de las actividades de investigación y docencia se use siempre el método científico.
- Los planteamientos deben considerarse como susceptibles de perfeccionamiento durante su aplicación.
- Es necesario proporcionar siempre suficiente información bibliográfica y aquella procedente de las actividades del grupo, antes de establecer el método de trabajo. Esta información debe ser ubicada dentro del proceso histórico y precisar sus determinantes sociales.
- La práctica se llevará a cabo en las instituciones educativas o asistenciales a las que pueda recurrirse.
- Los alumnos recopilarán la información necesaria sobre el grupo humano que se elija (médicos, personal paramédico, administrativo, enfermos, alumnos, etc.), siguiendo los requerimientos mínimos de la metodología estadística. Los datos serán procesados y evaluados por el grupo de trabajo, de donde surgirá la comprobación de las hipótesis.
- El diseño de la investigación debe comprender por lo menos los siguientes pasos: planteamiento de la investigación; recolección de los datos; procesamiento de los datos, y análisis de los datos.

Unidad de enseñanza e investigación sobre las instituciones educativas

1. Se pretende que el modelo proporcione al alumno suficiente información previa, para lo cual puede emplearse como marco teórico información general

y particular sobre las instituciones educativas, apoyada en bibliografía previamente seleccionada para el caso.

2. Conviene promover entre los alumnos el enriquecimiento del tema con aportaciones de su propia experiencia teórica o práctica, llevándolos a la discusión de lo planteado con anterioridad y conduciéndolos a establecer conclusiones e hipótesis.
3. Dichas hipótesis, fruto del proceso dinámico de los grupos de alumnos que propone el modelo, son estudiados con pequeñas unidades de investigación, creadas para investigar cada hipótesis o grupo de ellas. Así se lleva al alumno de la teoría a la práctica, al asociar y complementar una unidad de enseñanza con otra de investigación.
4. Con los resultados logrados en la unidad de investigación, previamente llevados al análisis, podrán plantearse nuevas actividades teóricas o de investigación, y así sucesivamente.

Como metodología de la unidad de enseñanza se propone ofrecer una o varias exposiciones sobre la estructura social y la función de las escuelas de medicina dentro de ella. Las exposiciones serán sometidas a discusión.

Además, se realizarán proyectos de investigación destinados a explicar las interrelaciones entre: a) estructura social y aparato educacional; b) estructura social y escuela de medicina, y c) relaciones dentro del proceso educacional (postulantes, admitidos, estudiantes y graduados).

Al terminar cada unidad de enseñanza e investigación se efectuará un análisis de los datos obtenidos y se presentará un informe escrito.

Unidad de enseñanza e investigación sobre las instituciones asistenciales

1. Habrá una o más exposiciones verbales del tema (concepción histórica funcional, destacando sus determinantes sociales).
2. Discusión del tema, con base en el acopio bibliográfico previamente seleccionado.
3. Participación activa de los alumnos en la discusión y aporte individual de tipo teórico-práctico.

Como proyecto de investigación se propone efectuar un estudio analítico desglosando a cada una de las instituciones en pequeñas unidades de estudio, que incluirían por lo menos las siguientes:

1. Objetivos: identificar y diferenciar cuidadosamente los objetivos reales, analizando cuáles de ellos cumple o persigue realmente la institución.
2. Recursos: siguiendo las mismas pautas del punto anterior, identificar y clasificar los recursos económicos, materiales y humanos con que cuenta la institución.
3. Tipo de patología atendida, orientándose a determinar el origen social de la población atendida por la institución.
4. Tipo de servicio prestado, orientándose a calificar el porcentaje de medicina curativa, preventiva, integral que se proporciona.

Se recomienda integrar al análisis de cada inciso pequeñas unidades de investigación, siguiendo la metodología mencionada. Las conclusiones obtenidas por los alumnos deberán incluirse en un informe escrito después del análisis integral de las unidades de enseñanza e investigación.

Se estima que el alumno adquirirá una sólida información sobre problemas tales como: incompatibilidad entre objetivos explícitos y funcionamiento real de la institución; tipo y calidad de recursos disponibles en relación con la cobertura ofrecida; sectores de la población atendida, patología destendida, etc.

El enfoque planteado elimina las actividades tradicionales del maestro y ubica a este como un elemento más del equipo de trabajo, acaso con funciones conductoras, y participando en la aplicación de técnicas de actualización didáctica de uso fácil entre los estudiantes de varios niveles y en muchas de las materias que hasta la fecha no abordan los aspectos sociales correspondientes.

RECOMENDACIONES

Los participantes del Seminario, en asamblea general, recomendaron lo siguiente:

1. Continuar el trabajo iniciado en el Seminario, poniendo en práctica y perfeccionando, en las respectivas facultades y escuelas de medicina, los diseños elaborados por los grupos.
2. Estimular y participar en el desarrollo de investigaciones y modelos educacionales de ciencias sociales en salud.
3. Constituir una comisión que se encargue de establecer vínculos de comunicación e información entre los distintos grupos de trabajo e investigación que se formen.⁴
4. Promover la formación de personal especializado en el área de la sociología médica.
5. Recomendar a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y a la OPS/OMS que estimulen la realización de actividades que refuercen la participación de las ciencias sociales en salud.
6. Designar al Instituto Politécnico Nacional como sede de la próxima reunión.

⁴La Comisión quedó integrada por los doctores: Ignacio Villaseñor Urrea, Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara; Tomás Loza Hidalgo, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla; Rolf Meiners Huebner, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional; Miguel Cruz Ruiz, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, e Irma Gutiérrez, Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Hidalgo, Pachuca.

Noticias

XXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

La XXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se celebró en Washington, D.C., del 29 de septiembre al 8 de octubre de 1975. Estuvieron representados 30 Gobiernos.¹

Asistieron, además, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Halfdan T. Mahler, y observadores de la Organización de los Estados Americanos, del Banco Interamericano de Desarrollo, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, y de 10 organismos no gubernamentales.

La Mesa Directiva quedó integrada como sigue: Presidente, Dr. Abraham Saied (Panamá); Vicepresidentes, Dr. Jorge Torres Navarro (Bolivia) y Dr. Kenneth McNeill (Jamaica); Relator, Dr. Pablo Salcedo Nadal (Venezuela), y Secretario *ex officio*, Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP. Como Presidentes interinos fueron nombrados el Dr. Adán Godoy Jiménez (Paraguay) y el Dr. Antonio J. Alvarez Alvarez (Ecuador).

En la sesión inaugural hicieron uso de la palabra el Dr. Saied, el Dr. Mahler, el Dr. Acuña, el Dr. Theodore Cooper (Subsecretario de Salud, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América) y el Sr. Alejandro Orfila (Secretario General de la OEA).

El Dr. Saied, Presidente electo del Consejo, señaló en su discurso: "Los pueblos de América han valorado la importancia y la fuerza de una comunidad americana unida, que participa y lucha activamente por la solución de problemas comunes a fin de alcanzar metas colectivas . . . A nivel de la comunidad internacional creemos en una América unida, solidaria, igualitaria, sin tutelajes ni paternalismos. A la luz del avance de la ciencia y la tecnología no podemos encontrar justificación alguna a la persistencia de núcleos importantes de población que aún viven marginados.

" . . . Nos toca revisar el grado de justicia en las relaciones entre todos los países de este Continente y entre nuestros Gobiernos y las poblaciones, a fin de encontrar conjuntamente el camino que nos conduzca a la solución de los problemas planteados a esta generación".

¹ Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

A continuación hizo uso de la palabra el Dr. Theodore Cooper, de los Estados Unidos de América, quien dio la bienvenida a los representantes en nombre de su Gobierno y destacó la función importante del Consejo Directivo, señalando lo siguiente:

“... Disminuir los niveles de mortalidad infantil, encontrar soluciones a la cuestión de causa y tratamiento de las enfermedades crónicas, y extender los sistemas de control del ambiente, son todos problemas claves y áreas críticas en lo que se refiere al mejoramiento de los niveles de mantenimiento de la salud en todo el Hemisferio. La organización, el financiamiento y suministro de la atención médica, el adiestramiento y desarrollo de personal de salud, y la fijación de normas constituyen asuntos de política que tenemos que afrontar.

“... Nuestra labor durante esta Reunión, las decisiones que tomemos, así como las acciones que realizaremos en el próximo año no han de ser solo testimonios públicos que simplemente muestren que existimos. Nuestras decisiones deben constituir el catalizador para la acción de la cual nos enorgullecemos o de la cual tendremos que responder en el futuro”.

El siguiente orador, el Sr. Alejandro Orfila, Secretario General de la OEA, destacó que “la importancia de la OPS—que es a la vez un brazo de la OEA y una rama regional del organismo mundial—se percibe claramente cuando se toma conciencia de los retos que la situación contemporánea en el Continente impone a quienes tienen alguna responsabilidad en su conducción. Lo que está en juego en los programas y actividades que aquí se discuten es nada más y nada menos que la posibilidad de elevar la calidad de vida del hombre americano, de ese hombre que en tantos sectores todavía espera ver cumplidas sus justas expectativas de una existencia mejor”.

Seguidamente, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, presentó una visión de su estrategia para mejorar la salud mundial. Manifestó:

“... Deseo expresar mi punto de vista acerca del tema ‘Salud para todos en el año 2000’... Propongo que emprendamos ahora mismo una acción urgente para conseguir, en el término de 25 años... lo que hasta ahora no se ha logrado.

“... El principio primero y capital es que la distribución social de los recursos de salud adquiere tanta importancia como su cantidad y su calidad. Con demasiada frecuencia, los recursos se asignan a instituciones centrales, en tanto que su escasez aumenta en razón directa a la distancia a las grandes ciudades y su disponibilidad es nula o casi nula en las zonas rurales.

“... El segundo principio [es] el de penetración social. Es necesario que asignemos los recursos a la periferia social y que, mediante un esfuerzo categórico, garanticemos que los grupos periféricos de la sociedad puedan participar plenamente en la identificación de sus propios problemas de salud y en la búsqueda de soluciones adecuadas... Debemos alentar a las comunidades a que tomen la iniciativa de idear por sí mismas métodos sencillos de salud... No hay razón alguna para que los agentes locales de salud debidamente adiestrados, no participen, bajo una supervisión adecuada, en la prestación de un mínimo de cuidados de salud.



En la fotografía aparecen, de izquierda a derecha, el Presidente del Comité Ejecutivo de la OPS, Dr. Roberto Pereda Chávez (Cuba); el Director de la OSP, Dr. Héctor R. Acuña; el Presidente de la XXIII Reunión del Consejo Directivo y Ministro de Salud de Panamá, Dr. Abraham Saied; el Director Adjunto de la OSP, Dr. Charles L. Williams, Jr., y el Relator de la Reunión y Representante de Venezuela, Dr. Pablo Salcedo Nadal.

“... Algunos me han expresado sus temores en el sentido de que esa manera de proceder despoje a los profesionales de la medicina y de la enfermería de algunas de sus funciones tradicionales. Ese temor es infundado. Lo que se trata es que esos profesionales amplíen el ámbito de sus funciones y apliquen sus conocimientos y sus aptitudes a las necesidades sociales más apremiantes.

“... También habrá que examinar detenidamente las funciones de los Ministerios de Salud, dado que una de sus funciones capitales es, a mi entender, la de abrir camino en la adopción de ideas y orientaciones nuevas, y no la de aceptar pasivamente los criterios médicos convencionales.

“... Es absolutamente indispensable que los Ministerios pongan en marcha y

mantengan un proceso continuo de programación, planificación, aplicación, vigilancia, control, evaluación y nueva planificación.

“... Tengo el deber de señalar a todos ustedes la necesidad apremiante de apartarnos de los caminos convencionales y tratar de buscar medios adecuados para dar solución a las deprimentes condiciones de salud de la mayor parte de la población mundial. . . No se ha puesto en tela de juicio la utilidad intrínseca de la tecnología de la salud. La OMS continuará colaborando con su asistencia en cuanto a la denominada tecnología moderna, donde y cuando parezca razonable y suficientemente útil. Con todo, considero que faltaría a su obligación para con los Estados Miembros que ustedes representan si rehusara la misma colaboración en el momento de proceder a la adopción de esas técnicas disponibles y en el momento de establecer, al unísono con ustedes, nuevos métodos y nuevas tecnologías en el desarrollo de la salud, acordes con las condiciones políticas, sociales y económicas de sus países. Hago hincapié en la palabra ‘colaboración’ porque es la esencia misma de los vínculos futuros de la Organización con sus Estados Miembros.

“... La OMS no usurpará nunca, donde quiera que fuere, las atribuciones de las autoridades nacionales, y al prestarles cooperación técnica a los países dedicará atención preferente a las funciones de importancia decisiva en el desarrollo de la salud”.

Puso término a la sesión el discurso del Dr. Héctor R. Acuña, Director de la OSP, quien manifestó que en el contexto del Hemisferio Occidental “la Oficina Sanitaria Panamericana es el conducto reconocido más eficiente para la transferencia de tecnología en el campo de la salud, de los países más desarrollados hacia los países menos desarrollados. Además, en forma creciente, la Oficina estimula y promueve la adaptación de esa tecnología importada dentro del contexto económico, social y cultural de los países menos privilegiados y, lo que aún es más importante, promueve los valores y recursos propios de los países en desarrollo para la elaboración de métodos y técnicas propios.

“... Los países de las Américas han reconocido la necesidad inaplazable de encontrar soluciones a sus problemas por medio de técnicas propias, para lo cual han aunado sus esfuerzos y sus limitados recursos en el desarrollo de centros regionales, administrados por la OSP, cuyas funciones principales son la investigación, la diseminación de información y conocimientos y la formación de recursos humanos”. Señaló que la Oficina opera no menos de 10 centros panamericanos de este tipo, en los campos de nutrición, ingeniería sanitaria, zoonosis, etc.

Se refirió entonces el Dr. Acuña a la contribución de la OPS al Sexto Programa General de Trabajo de la OMS. Dijo que la propuesta ha sido estructurada con base en las áreas prioritarias que constituyen puntos de mayor preocupación para los países, específicamente el propósito de ampliar la red de servicios de salud a la población que carece de ellos, dando preferencia en el proceso a los programas de control de enfermedades transmisibles, los de salud materno-infantil, nutrición y mejoramiento de las condiciones ambientales.

“... Estamos empeñados en seguir proporcionando asistencia técnica en las formas tradicionales que han rendido frutos. Sin embargo, interpretando el sentir de

los Ministerios de Salud, los requerimientos cada vez mayores de los sistemas de seguridad social, y las decisiones de los Cuerpos Directivos de la Organización, dentro del marco del Plan Decenal de Salud para las Américas, hemos visto la necesidad de reestructurar la Organización para adaptar sus funciones a las crecientes necesidades y para adoptar nuevas formas de asistencia técnica que estén más de acuerdo con las realidades de los países.

Para concluir, señaló el Dr. Acuña: "... Tenemos un verdadero reto frente a nosotros, para el cual la Organización requiere de los Cuerpos Directivos su guía, consejo y apoyo para alcanzar aún mayores niveles de superación en esta empresa que sobrepasa las limitaciones del desarrollo social en aras del mejoramiento de la calidad de la vida humana".

Informe Anual del Director de la OSP

Los representantes examinaron el Informe Anual del Director de la OSP, 1974 (*Documento Oficial 136*). El Consejo tomó nota del Informe y felicitó al Director y al personal de la Oficina por la labor realizada.

Presupuesto y finanzas

El Consejo asignó la cantidad de EUAS\$30,765,687 para el programa y presupuesto de la OPS para el ejercicio financiero de 1976. Esa suma, junto con las



Vista general de una de las sesiones plenarias de la Reunión.

asignaciones de la OMS para la Región de las Américas y los fondos de otras fuentes, hacen un presupuesto total OPS/OMS para 1976 de EUAS 59,738,200.

De esa cantidad se dedican \$15,995,404 para los programas de servicios a las personas—lucha contra las enfermedades transmisibles, salud maternoinfantil y bienestar familiar, nutrición y otras; \$14,568,965 para saneamiento del medio, que comprende servicios de agua, disposición de desechos, salud animal, etc.; \$10,101,140 para el programa de sistemas de salud; \$3,961,818 para los servicios complementarios—enfermería, laboratorios, etc.—y \$3,839,058 para el desarrollo de los recursos humanos.

Actividades del Comité Ejecutivo

El Consejo tomó algunas decisiones encaminadas a ampliar las funciones del Comité Ejecutivo. Acogió complacido a los dos miembros adicionales designados por el Comité para que asistan a las reuniones del Consejo y para que tengan en ellas una participación activa y puedan dar las orientaciones necesarias. Además, estimuló al Comité para que emprenda los estudios y evaluaciones que estime necesarios para mejorar la labor de la Organización, y para que recurra a medios concretos para participar más de lleno con el Director y su personal en el análisis de los sectores principales de la política, los programas y los aspectos de especial importancia, de los que pueden incluso derivarse nuevos planteamientos.

Los Gobiernos de Bahamas, Colombia y Costa Rica fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por tres años, al llegar a su término los mandatos de Haití, México y Panamá.

Presentación al Dr. Abraham Horwitz

Se hizo entrega al Dr. Horwitz, Director Emérito de la OSP, de un pergamino en el que consta ese nombramiento y de una medalla de oro que dice “Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana 1959-1975”—En reconocimiento de su obra en favor de la salud continental”.

Durante la ceremonia, el Dr. Acuña, Director de la OSP, señaló: “Todos conocemos la obra realizada por el Dr. Horwitz al frente de la Oficina Sanitaria Panamericana, que quedará como ejemplo perenne de noble voluntad y de devoción al servicio de la causa de la salud de los pueblos de América”.

El Dr. Horwitz manifestó su gratitud a los representantes, “por vuestro reconocimiento a una obra que les pertenece a todos los Miembros de la OPS y la OMS, tanto como a los funcionarios de vuestros Gobiernos, en particular aquellos que realizan funciones en apariencia más modestas. El éxito de la salud como acción social es una mezcla de conocimientos, de técnicas, de sabiduría y de sentimientos. Confío—y deseo fervientemente—que el progreso sustancial de los últimos 16 años en vuestros países se expanda hasta alcanzar al total de los habitantes de hoy y del futuro. Mientras este movimiento continúe, mayor será mi cuota de satisfacciones espirituales”.

Servicios de salud para la población rural y subatendida

Tomando nota de resoluciones anteriores de la Asamblea Mundial de la Salud y de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, el Consejo solicitó a la Oficina que conceda máxima prioridad a la ampliación de los servicios de salud, para alcanzar una cobertura total, según las modalidades de vida y necesidades de las comunidades atendidas y estimulando la participación directa de las comunidades en las acciones de salud de la localidad. En cuanto a los Gobiernos, les encargó que den a conocer la decisión de ampliar y mejorar los servicios de salud rurales y utilicen todos los recursos humanos posibles de la comunidad atendida mediante una labor continua de capacitación de personal profesional, técnico y auxiliar. Asimismo instó a los Gobiernos que ya han iniciado programas a compartir la información y experiencia con otros países, en colaboración con la OSP. Además, pidió a los Gobiernos que promuevan una coordinación eficaz con los demás componentes del desarrollo socioeconómico íntimamente relacionados con el bienestar rural.

Año Internacional de la Mujer

Los objetivos del Año Internacional de la Mujer son: promover la igualdad, modificar las actitudes tradicionales e incorporar a la mujer en el proceso de desarrollo. El Consejo encargó a los Gobiernos que asignen elevada prioridad a la promoción y protección de la salud de la mujer, incluyendo sus posibilidades de incorporación al trabajo y a la educación y, sobre todo, a la atención de sus necesidades en las zonas rurales, con objeto de lograr su propio bienestar y el de su familia. También les instó a que concedan elevada prioridad a la incorporación de la mujer en todos los niveles de los programas de salud.

Salud y juventud

La salud de los jóvenes de la Región merece atención especial por el crecimiento que registra ese grupo de población, por las características que ha adquirido su patología en el proceso de desarrollo, y por su capacidad en la promoción de actividades de salud y de bienestar social en su propio beneficio y en el de la familia y sobre la comunidad. Por esta razón, el Consejo confirmó la Resolución VIII de la 74ª Reunión del Comité Ejecutivo acerca de la prioridad que debieran asignar los Gobiernos a la atención de la salud de los jóvenes. Además, recomendó a los Gobiernos que formulen el diagnóstico de las condiciones de salud de los jóvenes en sus países respectivos, para iniciar programas adecuados de promoción de la salud juvenil, y encomendó la preparación de un plan de acción intersectorial destinado a promover la colaboración técnica y financiera de organismos internacionales y nacionales, que deseen participar en esta importante tarea.

Sexto Programa General de Trabajo de la OMS para 1978-1983

El Consejo aprobó el informe del Director sobre la contribución de la Región de las Américas al Sexto Programa General de Trabajo de la OMS. Confirmó que los objetivos prioritarios que propone esta Región para el Programa corresponden a las áreas prioritarias del Plan Decenal de Salud para las Américas, incluyendo el objetivo fundamental de extender la cobertura de los servicios de salud.

Enfermedades transmisibles y no transmisibles

Malaria. Consciente de las dificultades financieras que tienen algunos países para desarrollar el programa antimalárico y del deterioro de la situación epidemiológica de la malaria en algunos lugares, el Consejo recomendó a los Gobiernos y al Director que desarrollen una metodología del programa antimalárico que se ajuste mejor a la realidad de cada país. La OSP deberá ampliar la colaboración que presta a los Gobiernos que lo soliciten. Por otra parte, es necesario que los Gobiernos realicen gestiones para facilitar el suministro oportuno de equipo y materiales para el desarrollo eficiente del programa. Se autorizó al Director a convocar una reunión de coordinación con instituciones internacionales y bilaterales de crédito y de asistencia técnica, para estudiar las posibilidades de financiamiento de los programas de malaria.

Aedes aegypti. El Consejo examinó el informe sobre el *A. aegypti* en la Región, y tomó nota de que se ha ampliado el Comité Científico Asesor sobre el Dengue a fin de incluir expertos en fiebre amarilla y *A. Aegypti*. En consecuencia, solicitó que se confíe a dicho Comité el estudio de la situación del vector en las Américas y que examine la política de la OPS al respecto, a la luz de los recientes adelantos científicos relacionados con el control de la fiebre amarilla y el dengue, y de la reinfestación por *A. aegypti* comunicada por varios países que habían logrado la erradicación.

Enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y el cáncer figuran entre las primeras causas de mortalidad en la Región. Considerando que muchos países no han elaborado políticas definidas de control de estas enfermedades, el Consejo solicitó al Director que colabore con los países en estudios epidemiológicos que les permitan definir la magnitud del problema. La Oficina deberá propiciar y coordinar programas interpaíses, en comunidades específicas y en escala limitada, a fin de demostrar la factibilidad y eficacia de los estudios epidemiológicos y de las medidas preventivas y terapéuticas.

Fiebre aftosa y otras zoonosis

El Consejo tomó nota del Informe Final de la VIII Reunión Interamericana sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis, y expresó su reconocimiento a los Ministros de Agricultura de la Región por estar dispuestos a aportar asistencia

para subsanar en parte los problemas financieros de los Centros Panamericanos de Fiebre Aftosa y de Zoonosis. Asimismo apoyó las solicitudes que han presentado los Gobiernos al BID a fin de obtener asistencia para los Centros, para que estos puedan continuar o ampliar los servicios que prestan a los países para controlar las enfermedades de importancia para la salud del hombre y de los animales.

Discusiones Técnicas

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la Reunión del Consejo versaron sobre el tema "Metodología para la formulación de políticas nacionales de alimentación y nutrición y su ejecución intersectorial". Después de examinar el Informe Final de las mismas, el Consejo señaló que los problemas de alimentación y nutrición en la Región no han mejorado sensiblemente a pesar de los esfuerzos realizados, y que podrían incluso agravarse como resultado de la inestabilidad económica mundial. Por tanto recomendó a los Gobiernos que intensifiquen sus esfuerzos para la formulación y ejecución de políticas nacionales de alimentación y nutrición, y a los Ministerios de Salud que fortalezcan los servicios técnicos de nutrición a nivel central y que amplíen los de nivel intermedio y local. Asimismo solicitó al Director que continúe prestando asistencia técnica a los países para fortalecer los sistemas de vigilancia nutricional y capacitar recursos humanos en nutrición.

Enfermería

El Consejo examinó el informe del Director sobre la situación de los recursos humanos en enfermería y la preparación y absorción de los mismos en los servicios de salud. Recomendó a los Gobiernos que efectúen estimaciones más precisas del personal de enfermería y que formulen y ejecuten planes eficaces para obtener esos recursos e incorporarlos a los servicios de salud.

Premio OPS en Administración

El Sr. Dennis Sánchez Acuña, de Costa Rica, fue declarado ganador del Premio OPS en Administración, por su labor en el campo de los sistemas administrativos de los programas de salud en su país. La finalidad del Premio—que se otorga anualmente—es fomentar una mejor gestión administrativa y estimular un elevado nivel de competencia en administración de los servicios de salud.

Libros de texto e instrumental médico

El Consejo expresó su satisfacción por el progreso realizado en los programas de la OPS de distribución de libros de texto a estudiantes de medicina y enfermería y de instrumental básico a estudiantes de medicina. Subrayó la necesidad de obtener

fondos adicionales para estos programas y pidió al Director que prosiga al respecto las negociaciones con el BID.

XXIV Reunión del Consejo Directivo

El Consejo agradeció y aceptó la gentil invitación del Gobierno de México para que la XXIV Reunión del Consejo Directivo se celebre en ese país.

ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

La primera Reunión del Comité Asesor de la OPS/OMS en la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria se celebró en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., del 31 de julio al 8 de agosto de 1975. El Dr. Charles L. Williams, Jr., Director Adjunto de la Oficina Sanitaria Panamericana, señaló en su discurso de apertura que "... el Programa de Libros de Texto constituye una respuesta a la preocupación de los Gobiernos y la OSP por mejorar y adecuar los programas educativos de enfermería a las características, recursos, necesidades y política de salud de los respectivos países".

Los objetivos de la Reunión fueron:

- 1) Analizar la enseñanza de enfermería en salud comunitaria frente a la problemática de salud y a las nuevas tendencias relacionadas con la ampliación de las funciones de la enfermera en esta área.
- 2) Formular recomendaciones para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria.
- 3) Tomar en consideración los libros más recientes que existen en español, inglés y portugués en este campo y recomendar posibles textos para los estudiantes de enfermería.

En la Reunión se llegó a la conclusión de que la práctica de enfermería en salud comunitaria tiene como sujeto la comunidad global y dirige sus acciones a la población como un todo. En su ejercicio, integra los conceptos y métodos de las ciencias de salud pública con las de enfermería con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Utiliza los conceptos y métodos de la epidemiología para diagnosticar las necesidades de atención de la población urbana o rural, vigilando las tendencias en la salud de esas poblaciones. Por medio del diagnóstico, identifica grupos y conjuntos de grupos de individuos que comparten las mismas necesidades de salud. Planea y ejecuta acciones de prevención, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a esta a alcanzar mejores niveles de salud.

Se destacó que, a fin de que se operen cambios en la práctica de enfermería, es necesario proceder a una revisión de los programas educativos con objeto de incorporar en ellos las modificaciones fundamentales en cuanto a conceptos de enfermería en salud comunitaria y a la metodología de la enseñanza.

Se tomaron en consideración la situación actual de la enseñanza de enfermería

en salud comunitaria así como los nuevos enfoques posibles. De esta manera, se destacó la necesidad de preparar a los estudiantes con conocimientos, prácticas y actitudes apropiadas tanto para las actividades dirigidas a la comunidad en su totalidad como aquellas enfocadas al individuo. Esto significa llevar a cabo exámenes físicos, detectar y tratar problemas comunes y hacer las referencias pertinentes, ofrecer oportunidades para adquirir la experiencia en este aspecto y la preparación y supervisión de personal auxiliar y voluntario.

Durante las discusiones, el Comité utilizó el documento básico titulado "Enseñanza de enfermería en salud de la comunidad" preparado por la Dra. Jean Wood para esta reunión y la respuesta al mismo, elaborado por la Dra. Carolyn Williams. En estos trabajos las autoras analizan las tendencias actuales en la prestación de servicios de salud, las necesidades de salud de la población latinoamericana y el significado de ambas en la enseñanza para el ejercicio cabal de la enfermería en salud comunitaria.

Los temas de la Reunión fueron sometidos a discusión en el siguiente orden:

- Funciones de la enfermería comunitaria. Nuevas tendencias en relación con la atención de salud comunitaria. Papel de la enfermera.
- Evolución de la enseñanza de enfermería y de la enseñanza de enfermería en salud comunitaria.
- Libros de texto y materiales de enseñanza en enfermería de salud comunitaria.

De acuerdo con el nuevo enfoque de la práctica y enseñanza de enfermería en salud comunitaria, el grupo consideró que un solo libro no puede responder a las inquietudes y diversidad de conocimientos necesarios para lograr los cambios requeridos. Consciente de ello, el Comité desarrolló criterios básicos a los cuales debería ajustarse un texto. Se formularon recomendaciones y se acordó sugerir que se obtengan, como obras de consulta, las publicaciones actualizadas de la OPS/OMS sobre salud pública y enfermería en salud comunitaria.

INFORMACION OFICIOSA DEL COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

El Colegio Internacional de Cirujanos, organización no gubernamental con la que la OMS mantiene relaciones oficiales, está dispuesta a facilitar, previa solicitud, durante distintos períodos de tiempo, grupos quirúrgicos voluntarios para la enseñanza de la cirugía general, especialidades quirúrgicas y ciencias básicas afines, actividades educativas, teóricas y prácticas, y demostraciones quirúrgicas en universidades, escuelas de medicina y hospitales.

Los grupos quirúrgicos—de dos a cuatro personas dedicadas a distintas especialidades de cirugía—estarán integrados por miembros del Colegio Internacional de Cirujanos, voluntarios que posean los requisitos reconocidos y el conocimiento teórico y práctico, así como la actitud necesaria para prestar asistencia a los colegas de otros países para el aprendizaje de la cirugía y ciencias afines en teoría y en la práctica.

Las solicitudes pueden ser formuladas por funcionarios de los Ministerios de Educación y de Salud, rectores y decanos de universidades y escuelas de medicina, y jefes de hospitales y departamentos hospitalarios de cirugía.

El Colegio Internacional de Cirujanos se hará cargo del coste del transporte aéreo de los miembros de los grupos voluntarios y les facilitará unos viáticos de EU\$10 por día. El país o la organización huésped tendrá que hacerse cargo de la manutención, el alojamiento y el transporte local de los voluntarios, así como ofrecerles unas condiciones de trabajo apropiadas durante la permanencia en el país.²

El 12 de mayo de 1975 se celebró una reunión de altos funcionarios de la OMS y del Colegio Internacional de Cirujanos para examinar los medios y procedimientos y las funciones de la cooperación y coordinación de programas de educación quirúrgica continua.

En el curso del debate se destacaron los aspectos siguientes:

El país que necesite y solicite los servicios de expertos y la asistencia del Colegio Internacional de Cirujanos deberá especificar la manera en que presentará el programa: a) por conducto del Gobierno, b) del Ministerio de Salud, c) de la sección nacional del Colegio Internacional de Cirujanos, d) de facultades de medicina locales y e) hospitalares.

La OMS podría cooperar y prestar asistencia en la coordinación de programas por los conductos apropiados, a fin de facilitar las solicitudes relativas a las necesidades del país en materia de enseñanza de la cirugía.

El Colegio facilitaría personal especializado en cirugía, constituido por voluntarios, durante un período apropiado y a diversos niveles de educación quirúrgica, con arreglo a lo que aconsejen las necesidades del país interesado. En las enseñanzas se incluirán también las ciencias básicas, es decir el adiestramiento o la enseñanza de la anatomía, anestesia y patología, para completar el concepto de grupo quirúrgico. Se tratará con todo empeño de ofrecer las enseñanzas en cualquiera de los idiomas oficiales de la OMS.

El Colegio asumirá los gastos del viaje aéreo, en clase económica, de los voluntarios, a los que les entregará también unos viáticos de EU\$10 al día para imprevistos. El país o la organización huésped tendrán que encargarse de la manutención y el alojamiento de los participantes así como de ofrecerle las apropiadas condiciones de trabajo.

Previa solicitud, la OMS cooperará con el Colegio Internacional de Cirujanos, colaborando con las autoridades nacionales en la organización de seminarios especiales para la capacitación de estudiantes o cursos superiores dedicados a cirujanos en ejercicio de la profesión o a personal docente. También deberá

²Las solicitudes deberán dirigirse al Colegio Internacional de Cirujanos 1516 Lake Shore Drive, Chicago, Illinois, U.S.A. 60610, con una copia al director de los grupos quirúrgicos, Profesor Paride Stefanini, Via Vincenzo Tiberio, 24, 00191, Roma, Italia, y otra a la Organización Mundial de la Salud, División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

obtenerse la colaboración de los Ministerios de Salud, decanos de universidades, personal de hospitales importantes o, en casos especiales, grupos de zonas apartadas especialmente relacionadas con las necesidades del país.

En ciertas circunstancias tal vez sea necesario que las autoridades del país permitan a los miembros de los grupos que practiquen operaciones quirúrgicas a los efectos de demostración o enseñanza.

La política del Colegio Internacional de Cirujanos es la de fomentar el intercambio de información de cirugía general y de especialidades quirúrgicas y reunir y divulgar datos sobre las nuevas técnicas y sistemas educativos en constante cambio y desarrollo para su adaptación a las condiciones locales.

La OMS, previa petición del gobierno interesado, colaborará con las organizaciones nacionales locales por conducto de la sección nacional del Colegio y los miembros titulares del propio Colegio para establecer las estructuras apropiadas que permitan establecer programas básicos y continuos de enseñanza teórica y práctica.

El Colegio Internacional de Cirujanos expresó el deseo de cooperar con la OMS en el establecimiento de programas relacionados con aspectos epidemiológicos de la patología quirúrgica, por ejemplo, quistes hidatídicos, esquistosomiasis, etc.

Se sugirió también que se constituyera un comité especial que considerara debidamente los aspectos mencionados, tan pronto como el contenido del acta de la sesión fuera transmitido a la OMS y esta organización formulara sus observaciones.

Dr. Virgil T. DeVault,
Secretario Ejecutivo Internacional,
Colegio Internacional de Cirujanos

Libros

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS¹

Simposio Centroamericano sobre el Sarampión y su Vacuna.—Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 58 págs. *Publicación Científica 301*. Precio: EUAS\$2.00.

Concurrieron a este Simposio distinguidos expertos del Centro para el Control de Enfermedades (Atlanta), el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, la OMS, el Hospital General de Filadelfia y el Centro Internacional de Investigación y Capacitación Médica de la Universidad del Estado de Luisiana, en Costa Rica.

La publicación contiene siete de las ponencias presentadas al Simposio.² En “El impacto del sarampión en Centroamérica” se afirma que en esta zona, en los últimos 20 años el sarampión se ha encontrado entre las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad. Se presenta un trabajo sobre “Obtención y evolución de la vacuna antisarampionosa”, y otro sobre la experiencia en una zona rural de Guatemala, que revela que el sarampión afecta al estado nutricional, principalmente cuando hay complicaciones, lo cual pone en evidencia el daño a nivel de campo, como pérdida de peso. Además, se pone de manifiesto que la desnutrición acentúa la severidad del cuadro, lo que resulta en un mayor número de complicaciones y en más pérdida de peso.

Otro trabajo recalca que debe hacerse el mayor esfuerzo para realizar programas efectivos de vacunación antisarampionosa en países en desarrollo, por tratarse de una enfermedad potencialmente prevenible y porque los niños, sobre todo los desnutridos, son susceptibles de morir por esta enfermedad aun cuando sean capaces de generar una respuesta de anticuerpo normal tanto a la vacuna atenuada como a la infección natural.

El trabajo “Programa de vacunación contra el sarampión en Africa Occidental” demuestra que el control del sarampión es viable mediante una campaña de vacunación en masa como la emprendida desde 1967 en la que, habiéndose vacunado a más de 25 millones de niños, se ha logrado reducir la incidencia en algo más del 50%. En “Uso y eficacia de vacunas múltiples de virus vivo” se señala que

¹ Estas publicaciones se pueden adquirir al precio indicado, si se solicitan de la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington, D.C., o de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, según corresponda. En Sudamérica, pueden ser adquiridas a través de la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS, Rua Botucatu 862, São Paulo, S.P., Brasil.

² Las ponencias que se presentaron a este Simposio (ciudad de Guatemala, 24-25 de febrero de 1972), fueron publicadas también en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*: Vols. LXXVI No. 6. LXXVII Nos. 2, 3, 5 y 6 de 1974 y Vol. LXXVIII, No. 3 de 1975.

no debe efectuarse la inoculación sucesiva, en lapsos cortos, de vacunas de virus vivos productoras de interferón; en cambio, se recomienda la administración simultánea de vacunas mixtas de virus vivos.

Por último, bajo el título "Efectos de diversas infecciones sobre la nutrición del preescolar, especialmente el sarampión", se presentan los resultados de una investigación practicada en la Sala Metabólica del INCAP y en Santa María Cauqué, población del altiplano de Guatemala. Los resultados indican que el sarampión es la enfermedad que causa la mayor pérdida de nitrógeno y que, a nivel de la población rural pobre, esta pérdida produce depauperación de la masa proteínica corporal, evidente en preescolares hasta un mes después del proceso infeccioso.

Estudios y estrategias necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas—Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 65 págs. *Publicación Científica 302*. Precio: EUA\$2.00.

En esta publicación aparecen el Informe Final y ocho documentos de trabajo de las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana (Washington, D.C., octubre de 1974), y que versaron sobre el tema "Estudios y estrategias necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas".

En el informe se señala que existen medidas eficaces para reducir la morbilidad y mortalidad por infecciones entéricas agudas, en particular las que afectan a niños de corta edad, pero que hasta la fecha no se aplican con la extensión y la intensidad debidas.

Se manifiesta que la investigación es parte integrante de todo programa amplio de control y que es urgente obtener mejor información sobre aspectos importantes del problema, principalmente por lo que se refiere a la etiología, la nutrición, las circunstancias locales y los estudios epidemiológicos de campo, utilizando métodos sencillos que resulten eficaces para orientar e intensificar las medidas de control.

Por último, se examina la estrategia que debe aplicarse para alcanzar la meta propuesta por los Ministros de Salud de las Américas, de reducir por lo menos en un 50% las actuales tasas de mortalidad debidas a infecciones entéricas.

Los trabajos incluidos en esta publicación tratan sobre los siguientes temas:

- Situación actual de las infecciones entéricas.
- Diagnóstico clínico y terapéutica, rehidratación oral e intravenosa.
- El laboratorio en los programas de control de las infecciones entéricas.
- La atención de enfermería en los servicios de salud y en la comunidad para el control de las enfermedades entéricas.
- Importancia de la alimentación y la nutrición en la patogenia y prevención de los procesos diarreicos.
- Importancia del saneamiento ambiental en las zonas urbanas y rurales para el control de las infecciones entéricas.
- Estudios necesarios para enriquecer el conocimiento de las infecciones entéricas y reducir sus consecuencias en términos de morbilidad y mortalidad.
- Estudios y estrategias para reducir la morbilidad y la mortalidad por infecciones entéricas.

Grupo Asesor de Estudio sobre la Enseñanza de la Higiene de la Carne en América Latina—Informe Final. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1975. 12 págs. *Serie: Enseñanza de la Medicina Veterinaria No. 2.*

Esta pequeña publicación, la segunda de la serie de CEPANZO sobre enseñanza de la medicina veterinaria, presenta las recomendaciones propuestas por el Grupo Asesor de Estudio sobre la Enseñanza de la Higiene de la Carne, durante su reunión efectuada en Buenos Aires del 10 al 14 de diciembre de 1973.

Tanto la reunión como el Grupo de Estudio surgieron de la necesidad de mejorar la preparación de los veterinarios inspectores de la carne en la mayoría de los países latinoamericanos. En el pasado, la idoneidad de su preparación dependía principalmente de la capacidad de los profesores de las escuelas de medicina veterinaria así como de la importancia que concedían los Gobiernos a esta preparación, la cual, comparada con niveles internacionales, a menudo resultaba inadecuada.

No obstante, en años recientes, las escuelas de medicina veterinaria de América Latina han alcanzado logros académicos importantes especialmente en el área de educación continua. Por consiguiente, el Grupo de Estudio tuvo como propósito primordial el análisis de la enseñanza de la higiene de la carne en América Latina en relación con aquellas tendencias educativas actuales. Los resultados de dicho análisis se presentan en el informe final de esta reunión.

The Planning of Schools of Medicine. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, *Serie de Informes Técnicos No. 566.* 43 págs. Precio: Fr.s.6. Las versiones española, francesa y rusa se encuentran en preparación.

Este Grupo de Estudio recomendó que la enseñanza teórica y práctica del personal de salud se planeara formando parte del plan de desarrollo general del país y con miras a contribuir a la solución de los problemas de salud de los países en que ese personal resida y preste servicio. Una política de esta naturaleza supone una estrecha colaboración entre las autoridades de salud y las encargadas de la educación, la asistencia social y el desarrollo económico, así como con los dirigentes de la comunidad. El informe hace hincapié en que el número de médicos capacitados debe guardar relación con las necesidades totales del país en cuanto a los recursos humanos en salud, a fin de obtener una "mezcla" bien equilibrada del personal de salud apropiado para la solución de los problemas nacionales de este campo. Por consiguiente se deberían preparar médicos en el ambiente local, a los efectos de garantizar una orientación hacia los problemas y necesidades del país.

Teniendo en cuenta estos objetivos, el informe trata de ofrecer directrices para la planificación y el establecimiento de escuelas de medicina o centros de ciencias de la salud. En opinión del Grupo son preferibles los centros integrados que favorezcan la formación de distintas categorías de personal de salud en una misma institución. El Grupo insistió en que, antes de que se llegue a la decisión de seguir adelante con este proyecto, se deberán tomar medidas que garanticen la obtención de los

recursos humanos, materiales y financieros necesarios no solo para iniciar el proyecto sino para su continuación a largo plazo.

En el informe se examinan los objetivos institucionales de la escuela o centro y se destaca la necesidad de que estos se encarguen no solo de la educación sino también de la planificación y prestación de servicios de salud para un sector determinado del país, así como de la promoción de investigaciones biomédicas, clínicas y de otra naturaleza orientadas hacia la comunidad, incluidos los estudios sobre planificación del personal de salud. El informe se refiere también a la designación, funciones y actividades de la comisión de planificación preliminar, el decano, el personal académico y el comité de desarrollo. En una fase muy temprana—incluso antes de la preparación de los planes para el edificio—se deberá emprender un programa de capacitación del personal académico, que continuará por lo menos durante 10 años. También se menciona la selección de alumnos y de los métodos para evaluar sus progresos.

La selección del lugar y el emplazamiento propiamente dicho de la nueva escuela y las necesidades relativas a los locales y equipo encierran una serie de complejas decisiones relacionadas entre sí. Estos aspectos se analizarán detenidamente en el informe en relación con la necesidad de servicios hospitalarios y de salud en la zona de que se trate y el futuro desarrollo de esta zona y de la escuela. Los locales y el equipo deberán ser suficientes para servir de base apropiada para el adiestramiento, servicios e investigaciones, pero deben diseñarse de suerte que el personal y los alumnos se vean obligados a llevar a cabo parte de sus trabajos y estudios en las comunidades de las inmediaciones.

INDICE DEL VOLUMEN 9 (1975)

- Acha, Pedro N., 141
Acuña, Héctor R., 101, 427
Adiestramiento en salud pública, 116-119
Año Internacional de la Mujer, 253
Arango de Bedoya, Yolanda, 365
Area del Caribe, recursos humanos en los países de habla inglesa, 285-295, 311-318
Area rural, educación médica en el, 55-73
Asamblea Mundial de la Salud (28ª), 335-339
Auxiliares
 adiestramiento de, 365-381
 de enfermería en Chile, 318-325
 en las Indias Occidentales, 285-295, 311-318
- Baquero Angel, Jaime, 55
Barbera, Antonio, 296
Becas de la OPS, 133-139
BIREME (Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud de la OPS), 244-246
Brasil
 curso experimental de medicina en la Universidad de São Paulo, 172-195
- Cambio curricular en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Nicaragua, 236-243
Campos, José Tomás, 236
Centro de Epidemiología del Caribe, 246-247
Centros Latinoamericanos de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES) cursos en 1975, 108-109
Centros universitarios de medicina comunitaria, 47-54
Ciencias fisiológicas
 en la formación del médico, 74-89
 enseñanza de las, 90-100
Ciencias sociales en salud, licenciatura en, 224-236
Colegio Internacional de Cirujanos, información del, 434-436
- Colombia
 educación médica en el área rural, 55-73
 Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud, 365-381
Comadronas, promotoras y auxiliares, adiestramiento de, 365-381
Comité Ejecutivo de la OPS (74ª Reunión), 329-334
Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la enseñanza de las ciencias fisiológicas, 90-100
 enseñanza de la introducción a la enfermería, 391-410
 enseñanza de medicina preventiva y social, 211-223
Consejo Directivo de la OPS (XXIII Reunión), 424-433
Consejo Ejecutivo de la OMS (55ª Reunión), 247-249
Considerações sobre práctica médica, 355-364
Costa Rica
 Licenciatura en Ciencias Sociales en Salud, 224-236
 Curso experimental de medicina, Universidad de São Paulo, 172-195
- Chile
 auxiliares de enfermería en, 318-325
China, el "trabajador" médico en, 1-4
- Desarrollo de recursos humanos, la OPS y el, 110-139
Drayton, H. A., 311
- Educación, actividades de la OPS
 en enfermería, 120-125
 en estadísticas de salud, 131-133
 en ingeniería y ciencias del ambiente, 126-130
 en medicina, 113-115
 en medicina veterinaria, 130-131

- en nutrición y dietética, 119-120
- en odontología, 125-126
- en salud pública, 115-133
- Educación médica en el área rural, 55-73
- Educación y tecnología multiprofesional, 111-113
- Enfermería
 - auxiliares de, en Chile, 318-325
 - educación en, 120-125
 - introducción a la enseñanza de, 391-410
 - en salud comunitaria, 433-434
- Ennever, O., 285
- Epidemiología
 - Centro de Epidemiología del Caribe, 246-247
 - cursos de, 325-328
- Escallón Estupiñán, Cefora, 365
- Escuelas de enfermería
 - enseñanza de la introducción a la enfermería en, 391-410
 - enseñanza de enfermería en salud comunitaria, 433-434
- Escuelas de medicina
 - enseñanza de ciencias fisiológicas, 90-100
 - enseñanza de medicina preventiva en, 211-223
- Escuelas de salud pública, 115-116
- Estadísticas de salud, educación en, 131-133

- Ferreira, José Roberto, 1, 74
- Ferrer Ferrer, Heraclio, 55
- Fisiología veterinaria, enseñanza de, 141-171
- Formación de recursos humanos y las necesidades de los servicios de salud, 272-284

- Gandra, Domingos da S., 355
- Garrafa, Iara, 296
- Grupo de Estudio sobre Medicina Comunitaria, 5-10

- Health auxiliaries, training of, in the West Indies, 285-295
- Hospital, comunicación y trabajo de equipo en un, 382-390

- Indias Occidentales, adiestramiento de auxiliares en, 285-295
- Ingeniería y ciencias del ambiente, educación en, 126-130
- Introducción a la enfermería, enseñanza de, 391-410
- Investigación social aplicada a la salud, 347-354

- Jiliberto, Ninfa, 318

- Libros, reseñas de, 250-252, 340-344, 437-440
- Libros de Texto, Programa de la OPS/OMS, Informe del Comité de enseñanza de las ciencias fisiológicas, 90-100
 - enseñanza de la introducción a la enfermería, 391-410
 - enseñanza de medicina preventiva y social, 211-223
- Licenciatura en Ciencias Sociales en Salud, Universidad de Costa Rica, 224-236

- Maestría en medicina social, 411-415
- Mahan, David, 296
- Marcondes, Eduardo, 172
- Márquez, Miguel, 236
- Materiales para aprendizaje, 133
- Medicina, educación en, 113-115
- Medicina comunitaria
 - aspectos teóricos, 5-10
 - bases para un programa de centros universitarios de, 47-54
 - grupo de estudio sobre, 5-10
 - nuevo enfoque de la medicina, 11-46
- Medicina preventiva
 - enseñanza en los programas académicos de medicina del Perú, 196-210
 - Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de, 211-223
- Medicina veterinaria
 - educación en, 130-131
 - enseñanza de fisiología en escuelas de, 141-171
- Mercer, Hugo, 347

- México
 maestría en medicina social, 411-415
 enseñanza de ciencias sociales en
 escuelas de medicina, 415-424
- Necesidades de los servicios de salud y
 la formación del recurso humano,
 272-284
- Neri, Aldo Carlos, 272
- Newell, K. W., 255
- Nicaragua
 cambio curricular en la Facultad de
 Ciencias Médicas de la Universidad,
 236-243
- Noticias, 101-107, 244-247, 329-339,
 424-436
- Nutrición y dietética, educación en, 119-
 120
- Odontología, educación en, 125-126
- OMS, 55ª Reunión del Consejo Ejecutivo,
 247-249
- OPS
 74ª Reunión del Comité Ejecutivo,
 329-334
 toma de posesión del nuevo Director
 de la OSP, 101-107
 XXIII Reunión del Consejo Directivo,
 424-433
- Personal auxiliar en los países de habla
 inglesa del Caribe
 adiestramiento de, 285-295, 311-318
- Perú
 Primer Seminario sobre Enseñanza de
 Medicina Preventiva, 196-210
- Pezoa, Matilde, 318
- Programa de Investigación en Modelos
 de Prestación de Servicios de Salud,
 365-381
- Programa de Libros de Texto de la
 OPS/OMS
 informe del Comité para la Enseñanza
 de Ciencias Fisiológicas, 90-100
 informe del Comité para la Enseñanza
 de Medicina Preventiva y Social,
 211-223
- Publicaciones de la OPS y de la OMS,
 reseñas de, 250-252, 340-344, 437-440
- Recursos humanos
 formación de, y las necesidades de los
 servicios de salud, 272-284
 en los países de habla inglesa del
 Caribe, 311-318
- Reseñas, 110-139, 224-243, 311-328, 411-
 423
- Salud comunitaria, enfermería en, 433-
 434
- Salud por el pueblo, 255-271
- Salud pública, educación en, 115-133
- Santas, Andrés A., 47
- Seminario sobre Enseñanza de Medicina
 Preventiva en los Programas Aca-
 démicos de Medicina del Perú, 196-
 210
- Standard, K. L., 285
- Teruel, José R., 311
- Trabajo de equipo en un hospital
 moderno, 382-390
- Universidad Autónoma Metropolitana
 (Unidad Xochimilco, México)
 Maestría en Medicina Social, 411-415
- Universidad de Costa Rica
 Licenciatura en Ciencias Sociales en
 Salud, 224-236
- Universidad de Guadalajara (Jalisco,
 México)
 Seminario sobre Enseñanza de las
 Ciencias Sociales, 415-423
- Universidad de São Paulo (Brasil)
 Curso Experimental de Medicina,
 172-195
- Universidad del Valle (Cali, Colombia)
 Programa de Investigación en Modelos
 de Prestación de Servicios de Salud,
 365-391
- Vallenas, Augusto, 141
- Vidal, Carlos, 11
- Weinstein, Luis, 382
- West Indies, training of auxiliaries in,
 285-295

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Héctor R. Acuña.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Bahamas
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia

Costa Rica
Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América

Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua

Panamá
Paraguay
Perú
República Dominicana
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE ZONA

Zona I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Zona III, Apartado 383
Guatemala, Guatemala

Zona V, OPAS/OMS
Caixa Postal 04-0229
Brasília, D.F., Brasil

Zona II, Havre 30, 3^{er} piso
México, D.F., México

Zona IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Zona VI, Charcas 684, 4^o piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Contenido

INVESTIGACION SOCIAL APLICADA AL CAMPO DE LA SALUD

CONSIDERAÇÕES SOBRE PRÁTICA MÉDICA

PROGRAMA DE INVESTIGACION EN MODELOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

COMUNICACION Y TRABAJO DE EQUIPO EN UN HOSPITAL MODERNO

COMITE DE LIBROS DE TEXTO DE LA OPS/OMS SOBRE INTRODUCCION A LA ENFERMERIA

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL EN MEXICO

ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DE MEXICO

XXIII REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS

ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA

INFORMACION DEL COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

PUBLICACIONES DE LA OPS Y DE LA OMS

